

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LUCAS ANDRÉ SCHUSTER DE SOUZA

**ESTUDO DE DESFECHO E MANUTENÇÃO DOS EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO  
BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA PESSOAS COM  
OBESIDADE**

Porto Alegre  
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTUDO DE DESFECHO E MANUTENÇÃO DOS EFEITOS DE UMA  
INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL  
DIALÉTICA PARA PESSOAS COM OBESIDADE.**

**LUCAS ANDRÉ SCHUSTER DE SOUZA**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

COORIENTADOR: Prof. Dr. Thiago Gomes de Castro

**Dissertação apresentado ao Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia.**

**Comissão examinadora:**

Prof. Dr. Fabián Orlando Olaz (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Prof. Dra. Martha Wallig Brusius Ludwig (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil)

Prof Dr. Ricardo Wainer (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

**Porto Alegre**

**Janeiro, 2018**

## Ficha Catalográfica

D278e de Souza, Lucas André Schuster

Estudo de desfecho e manutenção dos efeitos de uma intervenção baseada na Terapia Comportamental Dialética para pessoas com obesidade / Lucas André Schuster de Souza . – 2018.

177 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

Co-orientador: Prof. Dr. Thiago Gomes de Castro.

1. Terapia Comportamental Dialética. 2. Obesidade. 3. Regulação Emocional. 4. Compulsão Alimentar. 5. Comer Emocional. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. de Castro, Thiago Gomes. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

## **Agradecimentos**

Este trabalho só foi possível devido ao financiamento do CNPq, agência governamental de fomento à ciência. Em tempos sombrios para a ciência como estes em que estamos, agradeço aos governantes sensatos que até então vinham sustentando o investimento em desenvolvimento científico e tecnológico de nosso país. Sua falta já começa a ser sentida. Dolorosamente.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira, por ter confiado e apostado em mim, dia a dia incentivando meu desenvolvimento e abrindo portas para que eu pudesse aprender mais. Graças a sua atitude empoderadora e generosa, minha trajetória ao longo do mestrado permitiu que eu crescesse pessoal e intelectualmente bem mais do que podia esperar.

Agradeço muito especialmente à Psic. Me. Ana Cancian, idealizadora deste projeto. Seu entusiasmo, disponibilidade, comprometimento e toda a energia que vem injetando neste projeto de investigação desde seu início fizeram com que fosse a companheira de trabalho ideal. Agradeço pelo tanto que me ensinou e pelo tanto que aprendemos juntos, pelas parcerias que foram, pelas tantas que estão sendo e pelas mais que virão.

Sou grato também pelo apoio e colaboração dos auxiliares de pesquisa do grupo GAAPCC, especialmente Psic. Victoria Pesenti, Psic. Simone Barros, Ronald Liboni, Psic. Tahis Garrido, e Psic. Mariana Dillenburg, sem os quais esse trabalho não sairia do *mundo das ideias*.

Agradeço ao Prof. Dr. Thiago Castro, meu coorientador, pelos apontamentos precisos e desafiadores em momentos cruciais do desenvolvimento desse trabalho. Sua colaboração incrementou consideravelmente a qualidade científica desse trabalho.

Manifesto também minha gratidão a todos os voluntários que participaram dessa intervenção, e, confiando no trabalho clínico que realizamos, tornaram possível que produzíssemos conhecimento útil para melhorar a qualidade de vida da população em geral.

Fico muito feliz de poder agradecer aqui também à minha esposa, Livia Rymer, pelo carinho, encorajamento e apoio que me deu sempre, sendo uma luz e um porto

seguro a me acolher especialmente nos momentos de mais dificuldade ao longo desse trabalho.

Agradeço a meus sogros, Valdez Lima e Samuel Rymer, por terem possibilitado minha inserção no campo das terapias comportamentais contextuais; à equipe do CEFI contextus pela colaboração no capítulo e por toda a parceria, me ajudando a me aproximar cada vez mais do profissional que quero ser; Fabian Olaz, Victor Fabris e Priscila Rolim, por serem grandes inspirações e modelos de profissionais; e Pablo Rovani, por ser para mim, além de grande amigo, um grande modelo de cientista íntegro e curioso.

Por fim, quero agradecer também a meus pais, Silvia Souza e Idemar Junior, por terem sempre acreditado em mim e me ensinado o valor do conhecimento. Minha insaciável sede por aprender mais, temperada pela a consciência de uma missão de fazer bem a todos quanto for possível, elementos que estão na base de todo esforço científico e profissional a que me proponho aqui, são, sem dúvida, um reflexo de seus ensinamentos.

## Sumário

Agradecimentos.....	3
Apresentação.....	9
Introdução .....	10
Obesidade.....	10
Aspectos psicológicos da obesidade .....	11
Terapia comportamental dialética e obesidade.....	15
Questões de pesquisa.....	17
Objetivos .....	17
Aspectos éticos .....	18
Resumo .....	27
Abstract.....	30
Seção teórica.....	32
Capítulo de livro: A Terapia Comportamental Dialética no manejo da Compulsão Alimentar.....	33
Introdução .....	33
Etiologia da Compulsão Alimentar .....	34
Regulação emocional e compulsão alimentar.....	35
Modelos gerais de regulação emocional.....	36
Regulação emocional e compulsão alimentar: evidências empíricas ..	37
O papel das variáveis interpessoais.....	38
Terapia Comportamental Dialética (DBT) .....	40
Desregulação emocional e teoria biossocial .....	41
Teoria biossocial: vulnerabilidade emocional.....	42
Teoria biossocial: ambientes invalidantes.....	43
Compulsão alimentar como comportamento problema.....	45
Metas do tratamento .....	46

Habilidades DBT .....	48
Efetividade interpessoal .....	49
Regulação emocional .....	51
Tolerância ao mal-estar e aceitação radical .....	54
Análise Funcional e Casos Clínicos .....	56
Caso 1 .....	57
Caso 2 .....	65
Considerações finais .....	67
Referências bibliográficas .....	68
Seção empírica .....	75
Artigo 1: Problematic and adaptive eating in obese people after a DBT based skills training intervention: 3 and 8-month follow-up.....	76
Abstract .....	76
Introduction .....	77
Material and Methods.....	80
Participants .....	80
Measures of problematic eating behavior .....	81
Measures of adaptive eating behavior .....	81
Data analysis.....	82
Intervention .....	84
Results .....	84
Sample Characteristics .....	84
Eating behavior outcomes.....	85
Problematic eating behaviors.....	86
Adaptive eating behaviors.....	87
Discussion.....	90
Conclusions .....	93

References.....	93
Artigo 2: Análise qualitativa de uma intervenção para obesos com dificuldades na regulação emocional .....	99
Resumo.....	99
Abstract.....	99
Resumen.....	99
Introdução .....	100
Método .....	101
Procedimentos éticos.....	103
Recrutamento.....	103
Critérios de Inclusão e Exclusão .....	103
Coleta de dados .....	104
Intervenção .....	106
Análise de Dados .....	109
Resultados .....	112
Discussão .....	127
Conclusão.....	131
Referências.....	133
Considerações finais.....	136
Anexos.....	139
Anexo 1 – Medidas de comportamento alimentar problemático .....	139
ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica .....	139
EES - Escala de Comer Emocional.....	147
Anexo 2 – Medidas de comportamento alimentar adaptativo .....	156
IES-2 Escala de Comer Intuitivo 2 .....	156
MEQ - Questionário de Comer com Atenção Plena.....	164
.....	173

Anexo 3 – Carta de aprovação do projeto original no CEP .....	173
---	-----

## **Apresentação**

Esta dissertação de mestrado, apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, está vinculada a um projeto do Grupo de Pesquisa em Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais – GAAPCC – coordenado pela Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

O projeto ao qual se vinculam os estudos aqui apresentados foi originalmente proposto pela Psicóloga Ana Carolina Maciel Cancian, como atividade ligada ao mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof. Margareth Oliveira. Trata-se de um projeto de investigação clínica acerca da aplicação de um protocolo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para pessoas com obesidade e perturbações do comportamento alimentar relacionadas à regulação emocional. Na presente dissertação, apresentam-se estudos que dão continuidade e expandem o projeto inicialmente proposto, analisando-se o seguimento da intervenção e percepções dos participantes acerca da experiência com o tratamento.

Esta dissertação está organizada em duas seções, uma teórica e uma empírica. Na seção teórica, apresenta-se uma introdução à aplicabilidade da Terapia Comportamental Dialética no contexto da compulsão alimentar periódica, no formato de um capítulo que fará parte de um livro sobre uma perspectiva interdisciplinar acerca das perturbações do comportamento alimentar e tratamentos possíveis. A relevância de se abordar teoricamente essa temática está no fato de o protocolo de tratamento utilizado no presente projeto de investigação ter sido adaptado a partir de protocolos destinados ao tratamento de pessoas com problema relacionados à compulsão alimentar. A seção empírica apresenta um estudo de seguimento dos participantes da intervenção, no qual se analisa a manutenção ao longo do tempo dos efeitos obtidos com a intervenção. Compõe ainda a seção empírica desta dissertação um estudo qualitativo acerca da experiência de participantes do Treinamento de Habilidades em Terapia Comportamental Dialética, o qual tem por objetivo explorar como os participantes perceberam os efeitos da intervenção, bem como aspectos de sua experiência durante a intervenção, abrangendo elementos que tenham facilitado e

dificultado a participação no grupo e aplicação das habilidades desenvolvidas. Por fim, apresentam-se considerações finais que sintetizam os resultados e limitações da investigação realizada.

### Introdução

#### *Obesidade*

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, tendo em vista o expressivo aumento de sua prevalência e os graves prejuízos à saúde e qualidade de vida a que está associada. Segundo a Organização Mundial de Saúde – (OMS), a obesidade consiste em um acúmulo excessivo de gordura corporal, caracterizada por um índice de massa corporal (IMC) superior a 30, sendo potencialmente prejudicial à saúde por ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer e problemas musculoesqueléticos (World Health Organization - WHO, 2016). Estima-se uma prevalência mundial de obesidade em adultos em cerca de 13%, segundo dados da OMS (2016), sendo que essa taxa aumentou em mais de 100% desde 1980. No Brasil, dados epidemiológicos recentes apontam uma prevalência de cerca de 18% de obesidade em adultos, enquanto estima-se que o sobrepeso, caracterizado como um IMC superior a 25, atinge cerca de 52% da população (Brasil, 2015).

A causa fundamental apontada pela OMS para a obesidade é um desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto de energia, atribuído a um aumento da ingestão de alimentos ricos em energia, associado a uma redução dos níveis de atividade física. Reconhece-se, porém, que tal condição sofre influência de uma grande quantidade de fatores (World Health Organization - WHO, 2016). Aspectos sociais, econômicos e culturais estão fortemente associados ao aumento de prevalência da obesidade observado nas últimas décadas, dentre eles aspectos macrossociais como globalização, crescimento econômico, urbanização e mudanças na produção e distribuição de alimentos, além de mudanças em práticas culturais e comportamentais tais como uma migração para estilos de vida mais sedentários e alterações nos padrões de sono e níveis de estresse (Malik, Willett, & Hu, 2012).

Dada a complexidade do problema, demanda-se uma abordagem em diversos

níveis, abrangendo desde medidas estruturais e formulação de políticas públicas que contemplem aspectos macrossociais do fenômeno, até intervenções voltadas à modificação de comportamento no nível comunitário, como a promoção de ambientes menos *obesogênicos*, baseada em estudos como os do projeto SPOTLIGHT (Lakerveld, Glonti, & Rutter, 2016). Também são importantes as medidas em nível individual, como intervenções clínicas psicossociais voltadas a mudanças de comportamentos relacionados à obesidade e práticas alimentares problemáticas (Teixeira et al., 2015).

A necessidade de intervenções psicossociais para a obesidade não está apoiada na definição desta como um transtorno mental, uma vez que não há evidências que sustentem tal classificação (Marcus & Wildes, 2009). No entanto reconhece-se que há uma associação positiva e bidirecional entre psicopatologia e obesidade, visto que pessoas com transtornos mentais podem estar de 2 a 3 vezes mais propensas a serem obesas, enquanto pessoas obesas podem ter um aumento de 30% a 70% no risco de terem um transtorno mental (Avila et al., 2015). Além disso, é reconhecido o impacto de fatores emocionais e comportamentais na obesidade, especialmente no que concerne a disfunções ligadas ao comportamento alimentar que configuram uma alimentação não-homeostática, isto é, comportamentos alimentares não motivados por sinalizações de escassez nutricional e que não têm necessariamente a função de manter o equilíbrio nutricional do organismo (Marcus & Wildes, 2009).

Nesse sentido, intervenções baseadas em mudança comportamental como as terapias cognitivo-comportamentais e a terapia comportamental dialética são de grande valor no enfrentamento dos aspectos psicológicos envolvidos na obesidade (Talen & Mann, 2009).

#### *Aspectos psicológicos da obesidade*

Em relação aos componentes de intervenções focadas na mudança de comportamento no nível individual, Teixeira e colaboradores (Teixeira et al., 2015) apontam o papel fundamental de estratégias voltadas à promoção de habilidades de autorregulação e motivação autônoma bem como promoção da autoeficácia para

mudança de padrões de comportamento. Sabe-se que a maior parte das intervenções psicológicas para a obesidade não tem resultados satisfatórios no longo prazo, no que se refere à manutenção do peso atingido ao fim das intervenções (Lampard, 2015). Nesse sentido, Teixeira et al. (2012) discutem a necessidade de deslocamento do foco para processos de mudança mais ampla e melhora geral de qualidade de vida das pessoas obesas, em oposição a uma ênfase excessiva em resultados como redução de peso, de modo que se possa atingir um incremento na autoeficácia das pessoas envolvidas e assim aumentar a efetividade das intervenções em curto e longo prazo.

Dentre os diversos modelos atuais de compreensão da obesidade, é constante a consideração de aspectos emocionais, tendo-se a regulação emocional como um elemento importante a ser trabalhado no intuito de melhorar a eficácia de uma intervenção. Exemplos desses modelos são as abordagens propostas por Hemmingsson (2014), que integra fatores socioeconômicos e comportamentais, considerando o estresse crônico, hiper-reatividade emocional e *coping* maladaptativo como fatores etiológicos e mantenedores; o modelo clínico de manutenção da obesidade de Raman, Smith, & Hay (2013), no qual, junto de escassez de informação sobre saúde e prejuízos em funções executivas, a depressão e dificuldades na regulação emocional figuram como elementos predispõem os indivíduos a se manterem obesos; e ainda o modelo de regulação emocional proposto por Leehr et al. (2015) o modelo de 5 vias da obesidade proposto por Macht (2008), ambos tendo o comer emocional como elemento central na explicação das alterações no comportamento alimentar.

Em uma revisão de diversos estudos experimentais sobre o tema, Leehr et al. (2015) concluem que há evidências de que o comer tende a assumir função de alívio de estimulação emocional aversiva em indivíduos obesos com e sem compulsão alimentar. Esses achados são coerentes com o conceito de comer emocional, que pode ser entendido como uma tendência a comer em excesso em resposta a estados emocionais negativos (Arnou, Kenardy, & Agras, 1995; Geliebter & Aversa, 2003).

Uma compreensão da relação entre obesidade e emoções mais detalhada é vista no modelo de cinco vias, proposto por Macht (2008). Nele, identificam-se os efeitos das emoções sobre o comportamento alimentar em cinco vias principais: 1)

Emoções associadas ao próprio alimento controlam a escolha por consumir tais alimentos: certos alimentos eliciam reações emocionais por suas próprias características, como é o caso das emoções positivas ligadas à ingestão de alimentos altamente calóricos ou doces, e as emoções negativas como nojo e rechaço eliciadas pela ingestão de substâncias amargas. Além das respostas reflexas que são vistas em outros primatas, há ainda a possibilidade de que, por meio de pareamentos adquiridos ao longo da história de aprendizagem do indivíduo, certas emoções assumam função de evocar comportamentos de busca por alimento e também tendam a ocorrer ante a exposição a determinados alimentos. 2) Emoções muito intensas suprimem a ingestão de alimentos: em modelos animais e também em humanos verifica-se um efeito inibitório no comportamento alimentar quando estão presentes emoções intensas, tais como tristeza e medo, e também em situações de elevado estresse. 3) Afetos negativos e positivos prejudicam o controle cognitivo do comportamento alimentar: alguns indivíduos apresentam um padrão de restrição mediado cognitivamente, cuja sustentação seria prejudicada em face de estímulos emocionais intensos, visto que a capacidade de processamento cognitivo se reduziria, levando a um afrouxamento do controle sobre o comportamento alimentar e possíveis excessos. 4) Emoções negativas evocam o comportamento alimentar com função regulatória: este é o caso do comer emocional, em que o ato de comer serviria como estratégia de enfrentamento do estresse e como forma de modular experiências emocionais aversivas, num funcionamento que estaria presente tanto em pessoas obesas quanto em não obesos, ainda que mais frequente nos primeiros. Aqui se encaixa o comer emocional, anteriormente definido como a tendência a ingerir alimentos em resposta a experiências emocionais negativas. O comer emocional tem como base não somente o histórico de aprendizagem do indivíduo, mas também aspectos fisiológicos como alteração nos níveis de determinados neurotransmissores e alteração na atividade do eixo hipofisário-pituitário-adrenal (HPA), envolvido na reação de estresse; além da função de mecanismos hedônicos que envolveriam o sistema de recompensa do sistema nervoso central. 5) A quinta via de influência das emoções sobre o comportamento alimentar diz respeito a um fenômeno frequentemente presente em indivíduos não obesos, ainda que não exclusivamente: a ingestão de alimentos é modulada em congruência com o tom emocional. Nesse caso, a motivação para

comer e o nível de prazer associado à alimentação são modulados de forma congruente com o afeto, reduzindo-se na presença de tristeza e elevando-se em momentos de alegria, por exemplo (Macht, 2008).

Um outro aspecto relevante na compreensão da dimensão psicológica da obesidade diz respeito à desconexão entre o comportamento alimentar e o reconhecimento de indicadores de saciedade e de fome. Segundo Canetti, Bachar, & Berry (2002), além de o impacto das emoções sobre o comportamento alimentar ser mais intenso em pessoas obesas, a desconexão com os sinais de saciedade e fome também seria mais comum em pessoas obesas do que em pessoas não obesas. Os conceitos de *mindfulness* ao comer (*mindful eating*) e de comer intuitivo (*intuitive eating*) são especialmente úteis para compreender esse aspecto de conexão ou desconexão com os indicadores de fome e saciedade, uma vez que o primeiro conceito se refere a uma consciência intencional, aberta e focada no presente, voltada à experiência imediata do ato de comer (Framson et al., 2009); enquanto o segundo, à associação do comportamento alimentar aos sinais fisiológicos de fome e saciedade e a uma espécie de “sabedoria do corpo” quanto às necessidades alimentares (Van Dyke & Drinkwater, 2014). O *mindful eating* e o *intuitive eating* poderiam ser considerados padrões de comportamento alimentar sadio, os quais podem eventualmente atuar como fatores protetivos em relação à obesidade e às disfunções do comportamento alimentar. Em oposição a esses, estariam os comportamentos como o comer compulsivo, comer restritivo e comer emocional, que poderiam ser agrupados numa categoria de comportamentos alimentares de risco, uma vez que podem contribuir para manter o desequilíbrio entre o consumo de alimentos e a demanda energética do organismo.

Em face do que até aqui foi exposto, é possível constatar uma convergência entre os diversos modelos teóricos quanto à relevância das emoções e da regulação emocional no comportamento alimentar, sendo que essa interação pode se apresentar de modos diferentes em pessoas com ou sem compulsão alimentar e pessoas com ou sem comer restritivo. Tais evidências fornecem uma base lógica que fundamenta a proposição de modelos de intervenção na obesidade que integrem aspectos de regulação emocional

### *Terapia comportamental dialética e obesidade*

A regulação emocional é um elemento de grande importância à compreensão dos fatores psicológicos envolvidos na manutenção da obesidade. Entende-se por regulação emocional um processo mediante o qual os indivíduos modulam suas emoções a fim de responder apropriadamente às demandas ambientais (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). A regulação emocional pode envolver o uso de estratégias adaptativas e desadaptativas sendo que essa classificação é fortemente dependente do contexto em que determinada estratégia será utilizada. Não obstante a delimitação contextual da função adaptativa ou desadaptativa, certas estratégias têm sido demonstradas como geralmente adaptativas em uma variedade de contextos, tais como a reavaliação cognitiva, a resolução de problemas e a aceitação e atenção plena (*mindfulness*) das experiências emocionais (Aldao et al., 2010). Por outro lado, estratégias como a supressão e evitação de pensamentos e sentimentos desagradáveis, além da ruminação, têm sido apontadas como estratégias comumente desadaptativas e associadas a prejuízos ao bem-estar e à saúde geral, sendo que a evitação como estratégia de regulação emocional se associa ao comer compulsivo (Aldao et al., 2010). Gratz & Roemer (2004) propõem uma conceitualização da regulação emocional envolve a) uma consciência e compreensão das emoções, b) a aceitação das emoções, c) a habilidade de controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos almejados enquanto experimenta emoções negativas e d) uma habilidade de utilizar flexivelmente estratégias de regulação emocional apropriadas à situação, a fim de modular a ativação emocional, facilitando que sejam alcançadas metas pessoais ou que seja possível ao indivíduo atender às demandas da situação. Assim, a regulação emocional é um conceito útil na medida em que faz recair o foco sobre a maneira como o indivíduo responde à experiência emocional e como tal resposta influencia sua interação com o contexto em que está.

Ao considerar a influência do comer emocional e o papel do *mindful eating* e do comer intuitivo na abordagem da obesidade, faz sentido esperar uma boa efetividade de intervenções para obesidade que enfoquem a regulação das emoções e desenvolvam habilidades de atenção plena, especialmente em pessoas que

apresentem compulsão alimentar. Uma intervenção que se enquadra em tal definição é a Terapia Comportamental Dialética (TCD). A TCD é uma intervenção psicoterapêutica que integra elementos da Terapia Comportamental, da Terapia Cognitiva e da Filosofia Dialética (Linehan, 2015). A TCD foi desenvolvida inicialmente para o atendimento a pessoas cronicamente suicidas ou com histórico de autolesões graves. Posteriormente, sua aplicação foi estendida para diversas outras condições como Transtorno da Personalidade Borderline, Transtorno por Uso de Substâncias, Transtornos Alimentares, dentre outras em que dificuldades com a regulação emocional subjazem padrões de comportamento e de cognição desadaptativos. A TCD propõe um modelo biossocial de psicopatologia, segundo o qual a interação entre vulnerabilidades biológicas e fatores ambientais desfavoráveis conduz à constituição de quadros crônicos de desregulação emocional (Linehan, 2010, 2015). A desregulação emocional consiste em uma inabilidade para modificar ou regular a resposta emocional, levando a padrões comportamentais que prejudicam a qualidade de vida e podem trazer riscos ao indivíduo. A TCD, em sua forma padrão, envolve sessões de psicoterapia semanal, aliadas a atendimento telefônico em situações de crise e participação em grupos de treinamento de habilidades. Nos grupos de treinamento, busca-se aumentar o repertório de comportamentos úteis à regulação emocional e à efetivação das metas pessoais dos pacientes, por meio de intervenções didáticas e experienciais (Linehan, 2015).

Diversos estudos clínicos dão suporte tanto à TCD padrão quanto à utilização isoladamente do treinamento de habilidades como intervenção eficaz para condições nas quais há prejuízos na regulação emocional, inclusive problemas relacionados ao comportamento alimentar (Lenz, Taylor, Fleming, & Serman, 2014; Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015). Até o momento da realização deste projeto, não foram encontrados estudos publicados sobre esse tipo de intervenção em amostras da população brasileira, tanto na obesidade quanto em outras condições. Depreende-se de tal constatação que há grande relevância na realização de investigações sobre essa modalidade de tratamento no contexto brasileiro.

Grande parte dos estudos de intervenções com TCD vão além da apresentação dos efeitos imediatos da intervenção, apresentando também dados sobre o padrão

longitudinal de manutenção dos efeitos. Estudos dessa classe são úteis pois permitem que se saiba se os resultados alcançados por uma terapia são estáveis ao longo do tempo ou se deterioram após o término da intervenção. Ao se investigar tal estabilidade, confere-se maior consistência às evidências de efetividade da intervenção.

Há que se ressaltar que o estudo aqui proposto faz parte de uma pesquisa já em andamento, que visa avaliar os efeitos de uma intervenção baseada na TCD para pessoas com obesidade. A primeira fase do estudo envolveu um desenho quase-experimental, com alocação aleatória dos sujeitos para as condições de tratamento e lista de espera. Após a coleta de dados para comparação entre os grupos, com finalidade de determinar a efetividade da intervenção, os participantes que haviam sido alocados na lista de espera também receberam a intervenção. A segunda-fase da pesquisa abrange a avaliação da estabilidade dos resultados da intervenção ao longo do tempo.

#### *Questões de pesquisa*

Neste projeto propõe-se avançar a construção de conhecimentos acerca da efetividade de uma intervenção baseada na TCD para pessoas com obesidade. Intenta-se conduzir uma exploração dos padrões de mudança dos participantes ao longo do tempo – durante e após a intervenção. Busca-se também construir uma melhor compreensão sobre os efeitos obtidos e sobre fatores que influenciam as mudanças decorrentes da intervenção, a partir de informações referentes à experiência subjetiva de participantes. Parte-se, portanto, das seguintes questões de pesquisa:

1. Houve efeito da intervenção sobre os comportamentos alimentares adaptativos e desadaptativos?
2. Como os efeitos se mantêm ao longo do tempo?
3. Como é a experiência dos participantes em realizar um treinamento de habilidades da TCD no formato oferecido?

#### *Objetivos*

A partir das questões propostas, definem-se três objetivos gerais que guiarão

a pesquisa:

1. Avaliar e descrever a manutenção dos efeitos sobre comportamentos alimentares relacionados à obesidade e sobre aspectos da regulação emocional, ao longo de um período de 8 meses após uma intervenção baseada na TCD.
2. Compreender a percepção das participantes acerca da própria experiência com a intervenção, a fim de identificar elementos mais e menos relevantes desde a perspectiva do público alvo do tratamento.

Para lograr tais metas, definem-se alguns objetivos específicos a serem concretizados no processo de investigação. São eles:

1. Avaliar os comportamentos alimentares adaptativos (mindfulness ao comer, comer intuitivo) e desadaptativos (compulsão alimentar e comer emocional) no seguimento da intervenção;
2. Formular uma compreensão da experiência das pacientes sobre a TCD, quanto aos efeitos, fatores de alavancagem e obstáculos à sua efetividade, a partir da perspectiva das participantes, mediante a coleta de dados em entrevistas semiestruturadas realizadas após o término da intervenção.

#### *Aspectos éticos*

Este estudo será realizado seguindo as diretrizes propostas pela resolução nº 510/2016, que dispõe sobre aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da PUCRS, com código CAAE n. 50096515.0.0000.5336, sob o título INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL. Todos os participantes concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e manifestaram sua concordância com os termos da pesquisa mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

#### *Aspectos metodológicos*

Tendo em vista a abrangência dos objetivos propostos, considera-se útil empregar diferentes estratégias metodológicas para sua consecução. Assim, segmentou-se esta pesquisa em dois estudos, sendo o primeiro um estudo com

métodos quantitativos e o segundo, com métodos qualitativos, num desenho sequencial.

O primeiro estudo buscou avaliar a estabilidade dos resultados da intervenção ao longo do tempo concentrando-se nos efeitos sobre comportamentos alimentares adaptativos (*mindful eating*, ou comer consciente, e comer intuitivo), e comportamentos alimentares problemáticos (comer emocional e compulsão alimentar). Os desfechos foram avaliados por meio de medidas de autorrelato coletadas antes da intervenção, imediatamente após a intervenção, e 3 meses e 8 meses após o término.

Os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta de dados quantitativos:

Emotional Eating Scale – EES (Arnow et al., 1995; Goldbacher et al., 2012) – escala que avalia o impulso de comer em resposta a diversos estados emocionais. A escala é composta por 25 itens que constituem cinco fatores correspondentes à classe de emoções que motiva o impulso de comer: Raiva, Ansiedade, Depressão e Alterações Somáticas. A versão utilizada foi traduzida para o português brasileiro pelo Grupo de Pesquisa em Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais.

Mindfulness Eating Questionnaire – MEQ (Framson et al., 2009): questionário que avalia o comer com atenção plena, ou *mindful eating* que consiste na capacidade de sustentar uma atenção aberta e sem julgamento ao ato de comer, contemplando os aspectos físicos, emocionais e sensoriais da experiência. O questionário se divide em 5 fatores referentes às dimensões do comer com atenção plena: desinibição, consciência, atenção aos estímulos externos, resposta emocional e distração. A versão utilizada foi traduzida para o português brasileiro pelo Grupo de Pesquisa em Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais. O estudo de suas propriedades psicométricas está em andamento.

Intuitive Eating Scale 2 – IES-2 (Tylka & Kroon Van Diest, 2013): escala destinada a mensurar o nível de comer intuitivo. A IES-2 é composta por 23 itens do tipo likert que refletem as três dimensões do conceito de comer intuitivo: permissão incondicional para comer, alimentação baseada em razões de ordem física e não emocional e atenção aos sinais internos de fome e saciedade. A versão utilizada foi

traduzida para o português brasileiro pelo Grupo de Pesquisa em Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais. O estudo de suas propriedades psicométricas está em andamento.

Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982): instrumento que mede o nível de compulsão alimentar periódica, abordando o aspecto dimensional do fenômeno. A ECAP fornece, além de um escore contínuo, uma medida categorizada do nível de intensidade da compulsão alimentar, indo de nenhuma até grave. A versão utilizada foi adaptada para o português brasileiro por Freitas, Lopes, Coutinho e Appolinario (2001).

Uma análise de modelos mistos foi utilizada, empregando uma abordagem *intention-to-treat*, na qual todos os sujeitos foram incluídos na análise, mesmo sem ter finalizado a intervenção. Testaram-se três modelos lineares concorrentes, a fim de verificar se a inclusão da intervenção como preditor de desfecho aumentaria o poder explicativo de um modelo incluindo somente a passagem do tempo e variação entre sujeitos; e ainda se a posterior inclusão de uma interação entre o tempo e a intervenção aumentaria significativamente o poder explicativo do modelo com a intervenção como preditor. Os modelos foram comparados por meio do Critério de Informação de *Akaike*.

O segundo estudo consistiu em uma investigação qualitativa retrospectiva, na qual se buscou uma exploração da experiência das participantes acerca de sua participação no treinamento de habilidades em TCD. Buscou-se atribuir sentido a essa experiência mediante a captação do relato verbal de participantes e a interpretação desse conteúdo por meio de análise temática. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semidirigidas abordando os seguintes temas em questões abertas: (1) a percepção das participantes acerca do impacto da intervenção em suas vidas; (2) os fatores percebidos como obstáculos e como facilitadores da aplicação das estratégias desenvolvidas no treinamento, e (3) aspectos que considerem mais relevantes da experiência de participar do grupo.

Para análise dos dados, foi utilizado o método de análise temática indutiva, a fim de definir um conjunto de temas categorias que representassem o conteúdo das entrevistas e seus significados (Braun & Clarke, 2006). As análises foram realizadas

concomitantemente por 4 pesquisadores diferentes, que posteriormente buscaram um consenso quanto à codificação dos conteúdos.

Ao final, apresentam-se as considerações finais sobre a dissertação. Nelas, sintetizam-se os achados empíricos, destacando-se os avanços proporcionados pelos estudos conduzidos, bem como apontado limitações a esses estudos e direções possíveis para futuras investigações na temática da Terapia Comportamental Dialética para comportamentos alimentares problemáticos e obesidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18*(1), 79–90. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V)
- Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports, 4*(3), 303–310. <http://doi.org/10.1007/s13679-015-0164-9>
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders, 20*(3), 196–215. <http://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
- Barnicot, K., Couldrey, L., Sandhu, S., & Priebe, S. (2015). Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLOS ONE, 10*(10), e0140635. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140635>
- Bell, M. L., & Fairclough, D. L. (2014). Practical and statistical issues in missing data for longitudinal patient-reported outcomes. *Statistical Methods in Medical Research, 23*(5), 440–459. <http://doi.org/10.1177/0962280213476378>
- Brasil, M. da S. (2015). *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural*

*Processes*, 60, 157–164.

Fausto, M. A., Carneiro, M., Antunes, C. M. D. F., Pinto, J. A., & Colosimo, E. A. (2008). O modelo de regressão linear misto para dados longitudinais: uma aplicação na análise de dados antropométricos desbalanceados. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 513–524.

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. Sage.

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341–347.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Guimarães, L. A. M., Martins, D. de A., & Guimarães, P. M. (2004). Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In S. Grubits & J. A. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação* (p. 79–92). São Paulo: Vetor Editora.

Hedeker, D., & Gibbons, R. D. (1997). Application of Random-Effects Pattern-Mixture Models for Missing Data in Longitudinal Studies. *Psychological Methods*, 2(1), 64–78.

Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, 15(9), 769–779. <http://doi.org/10.1111/obr.12197>

Hofer, S. M., & Piccinin, A. M. (2010). Longitudinal designs. In N. J. Salkind (Org.), *Encyclopedia of Research Design* (p. 740–743). Thousand Oaks: SAGE

Publications.

- Lakerveld, J., Glonti, K., & Rutter, H. (2016). Individual and contextual correlates of obesity-related behaviours and obesity: the SPOTLIGHT project. *Obesity Reviews*, 17(S1), 5–8. <http://doi.org/10.1111/obr.12384>
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 49, 125–34. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26–35. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x>
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline : guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. M. (2015). *Dialectical behavior therapy skills training manual* (2<sup>o</sup> ed). New York: The Guilford Press.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459–480. <http://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1–11. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Malik, V. S., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2012). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 9(1), 13–27. <http://doi.org/10.1038/nrendo.2012.199>
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739–753. <http://doi.org/10.1002/eat.20725>
- Mendes, L. L., Nogueira, H., Padez, C., Ferrao, M., & Velasquez-Melendez, G. (2013). Individual and environmental factors associated for overweight in urban population of Brazil. *BMC public health*, 13, 988. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-988>

- Molenberghs, G., Thijs, H., Jansen, I., Beunckens, C., Kenward, M. G., Mallinckrodt, C., & Carroll, R. J. (2004). Analyzing incomplete longitudinal clinical trial data. *Biostatistics*, 5(3), 445–464. <http://doi.org/10.1093/BIOSTATISTICS/KXH001>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832–839. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Raman, J., Smith, E., & Hay, P. (2013). The clinical obesity maintenance model: an integration of psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of obesity*, 2013, 240128. <http://doi.org/10.1155/2013/240128>
- Talen, M. R., & Mann, M. M. (2009). Obesity and Mental Health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36(2), 287–305. <http://doi.org/10.1016/j.pop.2009.01.012>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J.-M., De Bourdeaudhuij, I., ... Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13(1), 84. <http://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., Markland, D., Sacks, G., ... Dorsten, B. Van. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 22. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-9-22>
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20. <http://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutrition*, 17(08), 1757–1766. <http://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- Wang, J., & Morgan, G. A. (2010). Pre-experimental designs. In N. Salkind (Org.), *Encyclopedia of Research Design* (p. 1081–1086). Thousand Oaks: SAGE

Publications. <http://doi.org/10.4135/9781412961288>

World Health Organization - WHO. (2016). WHO | Obesity and overweight fact sheet.

Recuperado 7 de setembro de 2016, de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

## Resumo

Introdução: A obesidade é uma condição complexa e multifatorial que representa um fator de risco para diversos outros problemas de saúde e prejuízos à qualidade de vida. A elevada prevalência e crescimento da quantidade de casos de obesidade no mundo, torna necessário que se identifiquem os fatores predisponentes e estratégias de intervenção eficazes para seu tratamento. Um dos aspectos mais importantes no tratamento da obesidade consiste na promoção de comportamentos alimentares mais adaptativos e redução dos comportamentos alimentares problemáticos. Reconhece-se atualmente que a regulação emocional é um elemento de grande importância na equação etiológica e na manutenção dos comportamentos alimentares problemáticos na obesidade e em alguns transtornos alimentares correlatos da obesidade, em especial a compulsão alimentar. A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é uma abordagem terapêutica de base comportamental cuja eficácia vem sendo demonstrada para uma ampla gama de condições psicopatológicas nas quais estão presentes dificuldades com a regulação emocional. Apesar de já haver diversos estudos demonstrando eficácia da TCD no contexto dos transtornos alimentares e da obesidade, no Brasil, ainda é escassa a investigação com aplicações da TCD, e inexistente no caso de estudos empíricos sobre sua aplicação a distúrbios relacionados ao comportamento alimentar. Em face de tal cenário, propôs-se a realização de dois estudos com objetivo de identificar a efetividade e manutenção dos efeitos de uma intervenção em grupo baseada no treinamento de Habilidades da TCD para pessoas obesas. Objetivos: verificar manutenção dos efeitos sobre comportamentos alimentares problemáticos e adaptativos após uma intervenção em grupo baseada na Terapia Comportamental Dialética para pessoas obesas, e explorar aspectos relevantes da experiência dos participantes com a intervenção. Método: desenho sequencial quantitativo e qualitativo, utilizando medidas de autorrelato e entrevista semidirigida. Na etapa quantitativa, utilizaram-se medidas de autorrelato de comportamentos alimentares problemáticos (Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP; Emotional Eating Scale - EES) e adaptativos (Mindful Eating Questionnaire - MEQ; Intuitive Eating Scale 2 - IES-2). Utilizou-se uma análise intention-to-treat (n=121) com participantes

selecionados para a intervenção. Foram realizadas medidas de pré-teste, pós-teste e seguimento de 3 e de 8 meses após a intervenção. Análises descritivas e modelagem linear hierárquica foram utilizadas para verificar a efetividade e estabilidade dos efeitos da intervenção. Na fase qualitativa, entrevistas semidirigidas foram conduzidas com 3 participantes que concluíram a intervenção, enfocando a experiência com a intervenção, efeitos percebidos, facilitadores e dificuldades com a participação e implementação das estratégias desenvolvidas no tratamento. As entrevistas foram analisadas por quatro pesquisadores, utilizando o procedimento de análise temática indutiva. Resultados: verificou-se uma redução significativa nos comportamentos alimentares problemáticos logo após a intervenção, com resultados estáveis no seguimento de três meses e levemente elevados no seguimento de 8 meses. Quanto ao comportamento alimentar adaptativo, houve melhora logo após a intervenção, com resultados também estáveis aos três meses de seguimento e tendendo a retornar aos valores iniciais aos 8 meses de seguimento. As entrevistas revelaram que os participantes identificaram melhoras em diversos aspectos de sua vida após a intervenção, especialmente no funcionamento interpessoal e na capacidade de regular o próprio comportamento. Apontam a identificação com outros membros do grupo e a presença de um ambiente familiar e social suportivo como facilitadores da participação na intervenção. Experiências de ansiedade e emoções aversivas durante o grupo e dificuldade de manter a prática das habilidades fora das sessões foram apontadas como obstáculos para a efetividade da intervenção. Discussão: os resultados quantitativos são coerentes com outros achados da literatura sobre intervenções de TCD no contexto de distúrbios da alimentação, e demonstram que uma intervenção breve baseada na TCD e adaptada ao contexto brasileiro pode ser efetiva para reduzir comportamentos alimentares problemáticos e promover comportamentos mais adaptativos em curto e médio prazo, no entanto não são conclusivos quanto à manutenção em prazos superiores a 8 meses. Os dados do estudo qualitativo replicaram em parte outros achados da literatura sobre a TCD para pessoas com desregulação emocional e transtorno limite de personalidade, ressaltando a importância de que os clínicos estejam atentos às experiências emocionais aversivas durante o grupo, oferecendo suporte e identificando oportunidades de aplicação das habilidades treinadas durante o próprio grupo.

Ademais, a percepção de melhora nas relações interpessoais reflete a importância da dimensão interpessoal na problemática da obesidade e da compulsão alimentar, dando realce à forte relação entre aspectos interpessoais e respostas emocionais às quais podem se seguir estratégias maladaptativas de enfrentamento como a sobreingesta de alimentos.

**Palavras chave:** Terapia Comportamental Dialética, Obesidade, Regulação emocional, compulsão alimentar, comer emocional.

**Área de conhecimento CNPq:** 7.07.10.01-5 – Ciências Humanas; Psicologia; Tratamento e Prevenção Psicológica: Intervenção Terapêutica

## **Abstract**

Introduction: Obesity is a complex and multifactorial condition that represents a risk factor for several other health problems and reductions in quality of life. The high prevalence and growing incidence of obesity in the world makes it necessary to identify the predisposing factors and effective intervention strategies for its treatment. One of the most important aspects in the treatment of obesity is the promotion of more adaptive eating behaviors and the reduction of problematic eating behaviors. It is currently recognized that emotional regulation is an important element in the etiological equation and maintenance of problematic eating behaviors in obesity and in some eating disorders related to obesity, especially binge eating. Dialectical Behavioral Therapy (DBT) is a behavioral therapeutic approach whose effectiveness has been demonstrated for a wide range of psychopathological conditions in which difficulties with emotional regulation are present. Although there are already several studies demonstrating DBT's efficacy in the context of eating disorders and obesity, in Brazil, research with DBT is still scarce and there are no empirical studies to date about its application to eating disorders. Considering this scenario, two studies were proposed to identify the effectiveness and maintenance of the effects of a group intervention based on the training of TCD Skills for obese people. Goals: To verify the maintenance of effects on problematic and adaptive eating behaviors after a group intervention based on Dialectic Behavioral Therapy for obese people, and to explore relevant aspects of the participants' experience with the intervention. Method: sequential quantitative and qualitative design, using self-report measures and semi-directed interviews. On the quantitative stage, self-report measures of problematic eating behaviors (Binge Eating Scale - BES, Emotional Eating Scale - EES) and adaptive (Mindful Eating Eating Questionnaire - MEQ, Intuitive Eating Scale 2 - IES-2) were used. An intention-to-treat analysis ( $n = 121$ ) was used with all participants who were assigned for the intervention. Measures were taken at pretest, post-test and 3 and 8 months follow-up. Descriptive analyzes and hierarchical linear modeling were used to verify the effectiveness and stability of the effects of the intervention. In the qualitative phase, semi-directed interviews were conducted with 3 participants who concluded the intervention, focusing on the experience with the intervention, perceived effects,

facilitators and difficulties with the participation and implementation of the strategies developed in the treatment. The interviews were analyzed by four researchers, using inductive thematic analysis. Results: There was a significant reduction in problematic eating behaviors after the intervention, with stable results at the three-month follow-up and slight return towards baseline at 8-month follow-up. As for adaptive eating behavior, there was improvement after the intervention, which was maintained at three months follow-up and tended to return to baseline at 8 months follow-up. Analysis of the interviews revealed that participants identified improvements in various aspects of their life after the intervention, especially in interpersonal functioning and in the ability to regulate their own behavior. They point the identification with other group members and the presence of a supportive family and social environment as facilitators of participation in the intervention. Experiences of anxiety and aversive emotions during the group and difficulty in maintaining skills practice outside the sessions were pointed out as obstacles to the effectiveness of the intervention. Discussion: Quantitative results are consistent with other literature findings on DBT interventions in the context of eating disorders and demonstrate that a brief intervention based on DBT and adapted to the Brazilian context may be effective in reducing problematic eating behaviors and promoting more adaptive behaviors in the short and medium term for obese people, however they are not conclusive as to the maintenance of these changes for 8 months or longer. Data from the qualitative study replicated in part other findings in the literature on DBT for people with emotional dysregulation and borderline personality disorder, stressing the importance that clinicians be attentive to aversive emotional experiences during the group and provide support as well as identify opportunities for application of the skills during the group sessions. In addition, the perception of improvement in interpersonal relationships reflects the importance of the interpersonal dimension in obesity and binge eating, highlighting the strong relationship between interpersonal aspects and emotional responses to which maladaptive coping strategies such as overeating may follow.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, obesity, emotion regulation, binge eating, emotional eating.

**Branch of knowledge (CNPq):** 7.07.10.01-5 – Human Sciences; Psychology; Psychological Treatment and Prevention: Therapeutic Intervention.

## **Seção teórica**

Nesta seção, apresenta-se um capítulo de livro acerca da aplicabilidade da Terapia Comportamental Dialética à compulsão alimentar. Apresentam-se aqui aspectos práticos e teóricos sobre a Terapia Comportamental Dialética, bem como uma ampla revisão teórica acerca da relação entre regulação emocional, comer emocional e comer compulsivo.

Capítulo de livro: A Terapia Comportamental Dialética no manejo da  
Compulsão Alimentar

*Introdução*

O Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é um transtorno alimentar no qual um indivíduo come grandes quantidades de alimentos, normalmente de forma rápida, associado a uma perda de controle e sentimentos de vergonha ou culpa depois. Configura-se como o distúrbio alimentar mais comum afetando 1-5% da população. A prevalência de compulsão alimentar é estimada entre 2% e 3,5% para mulheres, e entre 0,3% e 2% entre homens. Do ponto de vista desenvolvimental, constata-se que a compulsão alimentar tende a se manifestar mais comumente no final da adolescência. Contudo, sintomas de descontrole do comportamento alimentar e episódios de sobreingesta já podem ser perceptíveis na infância/adolescência, havendo também a possibilidade de o transtorno vir a se desenvolver na idade adulta, inclusive após os 30 anos. A condição está associada a prejuízos significativos e elevação da taxa de mortalidade por todas as causas, bem como significativos prejuízos à qualidade de vida. Também é comum a comorbidade com outros transtornos alimentares ao longo da vida, tais como anorexia, bulimia (BN) e transtorno dismórfico corporal. Algumas pessoas com TCAP são obesas, porém alguns indivíduos apresentam-se dentro de uma faixa de peso normal, dificultando o diagnóstico (Burton & Abbott, 2017; Javaras & Hudson, 2015).

Segundo o DSM-5, três dos cinco sintomas devem estar presentes: comer rápido, comer até ficar muito cheio, experimentar desconforto, comer grandes quantidades de alimentos quando não há fome real, comer secretamente para que outros não saibam da extensão da alimentação e sentimentos de nojo, culpa e vergonha após. Outras características da compulsão alimentar incluem o ato de comer sozinho por sentir-se constrangido que alguém veja a ingestão de grandes quantidades de alimento. O tempo de duração do episódio de sobreingesta alimentar deve ser

delimitado, em torno de duas horas no máximo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Frequentemente, pessoas com TCAP apresentam dificuldades para circunscrever os episódios de compulsão alimentar em virtude de não apresentarem métodos compensatórios subseqüentes aos mesmos. Este aspecto dificulta a delimitação do final do episódio e, portanto, a contagem do número de episódios apresentados em um dia pelos pacientes. Desta forma, considera-se que a contagem do número de dias com compulsão por semana é um indicador mais útil do que a contagem de episódios, exigindo-se uma frequência mínima de duas vezes por semana, num período de 6 meses para a efetivação do diagnóstico. A literatura em língua inglesa utiliza o termo *binge eating* para descrever este comportamento, traduzido para o português como compulsão alimentar periódica. Uma diferença importante entre TCAP e BN é que na bulimia estão presentes comportamentos compensatórios, tais como: indução de vômito, restrição alimentar extrema, uso de laxantes e diuréticos, fazer muito exercício em resposta à ingesta alimentar em demasia, além do medo mórbido de engordar (Claudino & Borges, 2002).

#### Etiologia da Compulsão Alimentar

Alguns estudos apontam certas alterações neurobiológicas que podem fazer parte da equação etiológica da compulsão alimentar. Particularmente, as hipóteses dizem respeito ao funcionamento do sistema de recompensa cerebral, envolvendo modificações em vias dopaminérgicas e na liberação de opióides endógenos em resposta à ingestão de alimentos, bem como a uma reatividade aumentada aos estressores ambientais. Essas alterações se assemelham ao padrão identificado em modelos neurobiológicos da adição a drogas. Além dos mecanismos compartilhados pelo padrão de comportamento adictivo, também se hipotetiza que dificuldades no processamento e resposta aos sinais fisiológicos de fome e saciedade façam parte do mecanismo da compulsão alimentar (Smith & Robbins, 2013).

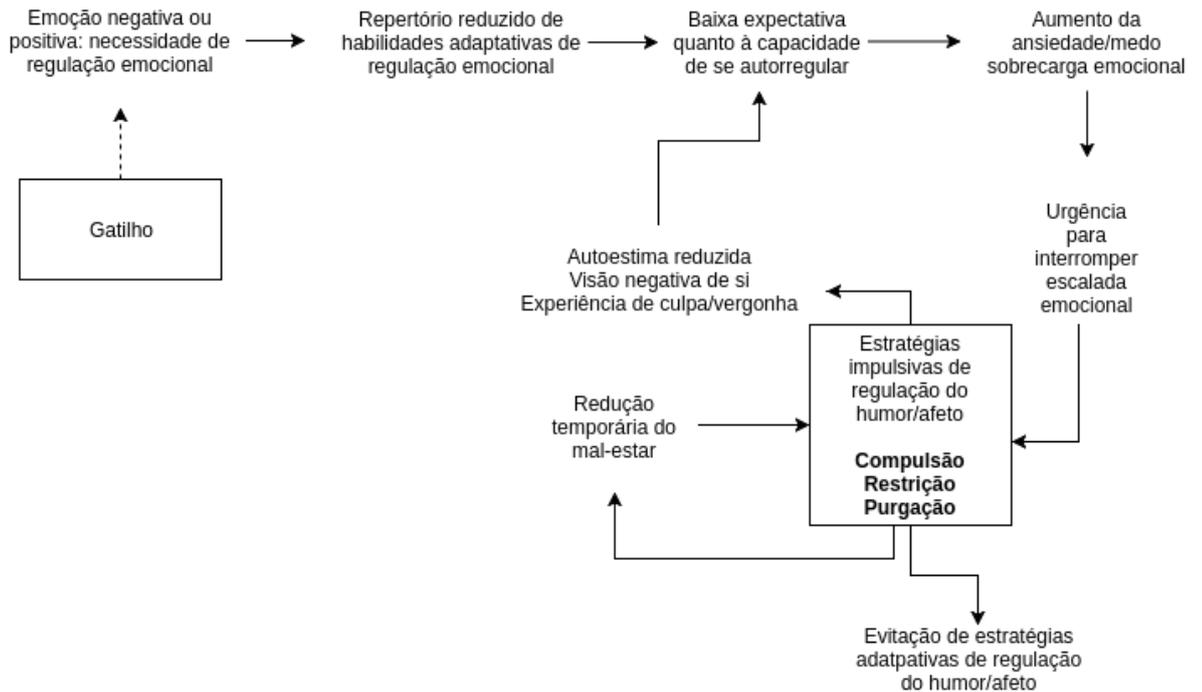
Em modelos animais, alguns marcadores genéticos têm sido associados consistentemente à vulnerabilidade e à compulsão alimentar. Entretanto, verifica-se também que a ocorrência dos episódios de compulsão sofre uma considerável influência de variáveis ambientais, especialmente da exposição a estressores ao

longo do desenvolvimento, histórico de privação alimentar, disponibilidade de alimentos palatáveis e contingências de reforçamento que moldam o comportamento de comer (Mathes, Brownley, Mo, & Bulik, 2009). Também há evidências de que a interação entre défices no funcionamento executivo, particularmente no controle inibitório e desvalorização por atraso de recompensa, com uma sensibilidade aumentada à experiência de fome hedônica, podem explicar parte das dificuldades de controle de impulsos e de autorregulação presentes em pessoas com compulsão alimentar (S. M. Manasse et al., 2015).

### Regulação emocional e compulsão alimentar

De modo geral, o que a literatura apresenta atualmente aponta para uma compreensão integrada da compulsão alimentar como originada a partir da interação entre exposição a estressores ambientais - especialmente de natureza interpessoal - e dificuldades na autorregulação cognitiva e emocional, agravadas por uma sensibilidade maior aos efeitos reforçadores da ingestão de alimentos palatáveis, como aqueles ricos em gordura e açúcar. Recentemente, o papel das dificuldades com o processamento cognitivo e emocional no desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares vem sendo amplamente reconhecido, inclusive na compulsão alimentar (Leehr et al., 2015).

Um modelo bastante estabelecido de compreensão da relação entre compulsão alimentar e regulação emocional é o modelo da regulação do afeto, segundo o qual a presença de emoções - positivas ou negativas - atua como gatilho para os comportamentos compulsivos (S. Manasse, Murray, & Juarascio, 2016). Pessoas com compulsão alimentar tendem a apresentar uma sensibilidade maior a experimentar emoções aversivas em resposta estressores cotidianos, e maiores dificuldades para tolerar tais experiências emocionais, o que ocorre num contexto de déficit de habilidades adaptativas de manejo das emoções e de autoeficácia reduzida em relação à capacidade de se autorregular. Desse modo, a sobreingesta de alimentos altamente palatáveis costuma ocorrer como uma estratégia de escape de frequentes ativações emocionais intensas percebidas como intoleráveis (Dingemans, Danner, & Parks, 2017). Este modelo pode ser melhor entendido no diagrama da figura 1.



Esquema adaptado de Safer (2015).

### Modelos gerais de regulação emocional

O conceito de regulação emocional tem sido cada vez mais enfatizado em abordagens psicoterápicas contemporâneas e parte de sua utilidade vem da abertura de vias de diálogo entre os diferentes pontos de vista sobre a saúde humana. Assim, viabiliza-se uma integração de aspectos comportamentais, neurobiológicos e evolutivos na explicação de fenômenos relevantes que vão desde a resposta fisiológica a estressores até características de personalidade e padrões de interação interpessoal.

As duas conceitualizações mais utilizadas na abordagem da regulação emocional são o modelo processual e o modelo multidimensional. O modelo processual se refere à regulação emocional como um conjunto de processos implícitos e explícitos que o indivíduo faz uso em resposta aos diversos aspectos da experiência emocional: desde o tipo de emoção experimentada até os contextos nos quais ocorrem, sua intensidade, frequência e modo de expressão. Nesse modelo, apontam-se estratégias de regulação emocional que podem ser focadas no manejo da emoção quando esta está ocorrendo, como supressão de resposta e reavaliação cognitiva da

situação; e estratégias que se aplicam às situações que evocam as emoções, tais como a resolução de problemas e evitação de experiências com potencial de ativação emocional (Aldao & Christensen, 2015; J. J. Gross & Thompson, 2007).

Já o modelo multidimensional descreve componentes da resposta à experiência emocional clinicamente embasados, ou seja, componentes passíveis de intervenção clínica que têm o potencial de facilitar ou dificultar a autorregulação das próprias emoções. Esses componentes são: a aceitação da experiência emocional, a clareza e consciência acerca das próprias emoções, a disponibilidade de estratégias para manejar as próprias emoções e capacidade de se dirigir a objetivos e conter impulsos. Nesse modelo, as dificuldades com a regulação emocional consiste em limitação do repertório adaptativo naqueles domínios (Gratz & Roemer, 2004).

Desenvolvimentos teóricos recentes na área de regulação emocional têm ressaltado a importância do contexto e de variáveis situacionais na definição de estratégias adaptativas e desadaptativas, enfatizando a impossibilidade de se definir *a priori* estilos maladaptativos de regulação emocional, sem levar em consideração a coerência entre as estratégias e as metas de curto e longo prazo do indivíduo em sua relação com o ambiente (Aldao & Christensen, 2015; J. J. Gross & Thompson, 2007). Como se verá mais adiante, a conceitualização de desregulação emocional proposta na Terapia Comportamental Dialética se mostra coerente com essa visão ampliada da autorregulação das emoções.

### Regulação emocional e compulsão alimentar: evidências empíricas

A relação entre regulação emocional e episódios de compulsão alimentar tem sido extensamente testada, tanto em estudos experimentais em ambiente controlado, quanto em investigações de desenho mais naturalístico, especialmente usando método de avaliação ecológica momentânea (Ecological Momentary Assessment - EMA<sup>1</sup>). Estudos naturalísticos sobre a relação entre episódios de compulsão e

---

<sup>1</sup> As avaliações ecológicas momentâneas consistem em uma estratégia de coleta de dados, geralmente realizada por meio de aplicativos de telefone celular ou computadores portáteis, na qual os participantes são solicitados diversas vezes ao dia a responderem questões sobre seu estado atual e sobre a ocorrência ou não dos desfechos de interesse. No caso das pesquisas com compulsão e regulação emocional, é comum o uso de questionários sobre experiências emocionais nas últimas horas, eventos interpessoais relevantes e ocorrência de episódios de *binge*. Esses dados permitem

experiência emocional apontam que há um aumento da ativação emocional no período imediatamente anterior aos episódios de purga e compulsão. Da mesma forma, esses estudos indicam uma redução significativa na intensidade emocional após esses episódios, dados que são compatíveis com as hipóteses levantadas pelo modelo da regulação afetiva (Goldschmidt et al., 2012; Lavender et al., 2016).

A impulsividade também é apontada como um fator importante para a compulsão alimentar. Achados experimentais sugerem que a inatenção, a impulsividade motora e a busca de recompensa são mais proeminentes em pessoas com compulsão do que em pessoas saudáveis (Waxman, 2009). Déficits no controle inibitório também vêm sendo identificados em estudos experimentais com adultos e crianças com obesidade, no entanto a evidência sobre impacto desse componente do funcionamento executivo na compulsão alimentar não é de todo conclusiva (Svaldi, Tuschen-Caffier, Trentowska, Caffier, & Naumann, 2014; Waxman, 2009).

A presença de compulsão alimentar está associada a perfis diferenciados de regulação emocional (avaliada por meio de autorrelato), com as evidências apontando para um maior uso de estratégias de supressão e menor uso de estratégia de reavaliação em pessoas com compulsão comparadas às que não apresentam essa condição (Eichen, Chen, Boutelle, & McCloskey, 2017; Svaldi et al., 2014). Além disso, há evidências de que pessoas com compulsão alimentar apresentem maior dificuldade para reconhecer e identificar suas experiências emocionais, bem como para expressá-las ou comunicá-las de modo adequado ao contexto (Kittel, Brauhardt, & Hilbert, 2015).

#### O papel das variáveis interpessoais

Outro aspecto importante na compreensão da etiologia e manutenção da compulsão alimentar é o funcionamento interpessoal. As dificuldades no funcionamento interpessoal têm sido identificadas como importante fator na manutenção dos comportamentos de comer compulsivo e de perda de controle sobre o comer. Achados empíricos nesse âmbito demonstram que dificuldades nas relações

---

que se detectem flutuações emocionais no entorno dos episódios de sobreingesta, viabilizando a testagem da hipótese de ativação emocional como gatilho e do comportamento alimentar como mecanismo de modulação afetiva.

interpessoais podem aumentar a chance de ocorrência de afetos negativos, ao mesmo tempo em que aumentam a probabilidade de episódios de comer compulsivo ou perda do controle sobre a alimentação em resposta a tal experiência emocional (Ambwani, Roche, Minnick, & Pincus, 2015; Ansell, Grilo, & White, 2012; Ranzenhofer et al., 2014; Shank et al., 2017).

Achados da literatura sugerem que as pessoas com compulsão alimentar tendem a apresentar mais problemas interpessoais, uma capacidade reduzida de manejar relações com outras pessoas e assumir a perspectiva de outros, bem como tendem a dispor de menos habilidades de resolver problemas interpessoais e expressar seus sentimentos a outros. Esses fatores de vulnerabilidade interpessoal exercem indiretamente seu efeito sobre a ocorrência de sintomas de compulsão alimentar, parcialmente mediados pela experiência de emoções negativas (Ivanova et al., 2015).

Em face da grande importância da regulação emocional no transtorno de compulsão alimentar, é compreensível que intervenções psicossociais que enfatizem o desenvolvimento de estratégias adaptativas nesse âmbito sejam mais eficazes e se tornem mais recomendadas. As intervenções psicoterápicas para a compulsão alimentar que detêm evidências mais robustas atualmente são a Terapia Interpessoal e a Terapia cognitivo-comportamental estendida.

Outras intervenções com foco na autorregulação e desenvolvimento de habilidades de manejo adaptativo das próprias emoções como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e Terapia Comportamental Dialética vêm apresentando uma crescente base de evidências, com resultados positivos em comparação com controles ativos e não ativos (Godfrey, Gallo, & Afari, 2015; Juarascio et al., 2017). O acúmulo de evidências que dão suporte à hipótese do déficit de habilidades como fator etiológico e mantenedor do transtorno de compulsão alimentar fundamentam a plausibilidade dessas terapias mais focadas no processamento emocional, uma vez que abordam mais diretamente o desenvolvimento de habilidades necessárias para o manejo adaptativo de experiências emocionais intensas (Compare et al., 2013).

### *Terapia Comportamental Dialética (DBT)*

A DBT foi criada no final dos anos 1980 pela psiquiatra norte-americana Marsha Linehan, inicialmente com o intuito de constituir uma modalidade de psicoterapia mais efetiva para pacientes cronicamente suicidas com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), que pouco apresentavam comportamentos de melhora com os tratamentos até então disponíveis. Intervenções terapêuticas demasiadamente centradas nos aspectos de mudança, como ocorre na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), não traziam os efeitos esperados em populações mais vulneráveis emocionalmente. Da mesma forma, o trabalho centrado na aceitação incondicional e acolhimento do paciente, como ocorre nas terapias humanistas e psicodinâmicas, também apresentava uma eficácia muito limitada nos casos mais desafiadores em que perturbações emocionais severas e risco de vida estavam presentes.

Por um lado, o superinvestimento nas estratégias de mudança, ainda que permitisse o aumento do repertório de estratégias de autorregulação, fazia com que os pacientes se sentissem invalidados ou não compreendidos em suas dificuldades para mudar e na intensa dor emocional que experimentavam, levando ao abandono da terapia ou à emergência de crises emocionais em resposta à relação terapêutica. Por outro lado, a ênfase em estratégias de aceitação incondicional e acolhimento do sofrimento manifestado, ainda que favorecessem que os pacientes se sentissem compreendidos e seguros na presença do terapeuta, falhava em promover a aquisição de repertórios mais adaptativos, que oferecessem menos risco à vida dos pacientes e que os levassem a melhorias concretas em sua qualidade de vida. Foi no equilíbrio entre essas duas estratégias que Linehan fundamentou sua abordagem (Abreu & Abreu, 2016; M. Linehan, 2010).

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é uma abordagem de tratamento psicoterápico focado na regulação emocional e no desenvolvimento de repertórios alternativos às estratégias de autorregulação problemáticas. Trata-se de uma terapia altamente estruturada, de base comportamental, que integra elementos da filosofia dialética, do zen e de práticas contemplativas na constituição de uma instância

terapêutica que incorpora estratégias de aceitação e mudança na promoção de maior qualidade de vida.

### Desregulação emocional e teoria biossocial

O cerne da Terapia Comportamental Dialética é o tratamento da desregulação emocional, a qual é hipotetizada como elemento subjacente a uma ampla gama de fenômenos clínicos. Esses podem ser exemplificados desde a recorrência de episódios de autolesão e tentativa de suicídio, até o abuso de substâncias, transtornos de personalidade e transtornos alimentares (M. Linehan, 2010).

A desregulação emocional é compreendida através da teoria biossocial, que embasa a prática da DBT. Neste ponto de vista, considera-se que a desregulação emocional é fruto da interação entre aspectos biológicos da regulação das emoções com a exposição do indivíduo a ambientes disfuncionais (ou invalidantes) ao longo de seu desenvolvimento (M. Linehan, 2010). Como consequência, desenvolve-se a incapacidade de modificar a experiência emocional em seus diversos aspectos, desde ações, expressão verbal e não verbal e aspectos experienciais, contribuindo para um excesso de experiências emocionais aversivas.

Na teoria biossocial, a desregulação emocional está associada a um repertório reduzido de respostas que possibilitariam o reconhecimento, a modulação, e a expressão da experiência emocional, de modo que se vê prejudicada a capacidade do indivíduo de se autorregular de maneira efetiva. Isso acarreta prejuízos significativos à qualidade de vida e conduz à ampla gama de comportamentos problemáticos que compõem a apresentação clínica do transtorno limítrofe e também de outros problemas de saúde mental, tais como transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, transtornos psicóticos e transtornos alimentares (A. D. Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2015). No caso específico dos transtornos alimentares, a teoria biossocial foi expandida para contemplar, além das vulnerabilidades emocionais e fatores ambientais, vulnerabilidades nutricionais que dizem respeito principalmente ao processamento dos sinais de fome e saciedade (Wisniewski & Kelly, 2003).

## Teoria biossocial: vulnerabilidade emocional

No domínio biológico da desregulação emocional, há o que Linehan (2010) define como vulnerabilidade emocional, que consiste em aspectos de temperamento e predisposições neurobiológicas a um funcionamento emocional com características específicas. Essas características envolvem: (1) *Alta sensibilidade a estímulos disparadores*, sejam estímulos internos (pensamentos, lembranças, sensações) ou externos (algum acontecimento do ambiente). Essa característica faz com que o indivíduo tenha maior propensão a reagir emocionalmente que outras pessoas em uma mesma situação ou expostas ao mesmo estímulo, ou seja, o limiar para as reações emocionais é mais baixo que o normal. Essa característica pode ser exemplificada com a metáfora de uma pessoa com pele queimada, para quem qualquer estímulo (vento, a roupa sobre a pele, etc) pode provocar dor e desconforto. (2) *Alta intensidade emocional*, isto é, a resposta emocional aos estímulos internos e externos ocorre em maior intensidade do que o normal, com maior ativação autonômica e impacto cognitivo e experiencial tanto em respostas emocionais positivas quanto negativas. As emoções tendem a ser experimentadas em níveis bastante elevados, geralmente levando a respostas comportamentais proporcionalmente intensas que podem acabar gerando prejuízos ao indivíduo e seu meio. Essa característica faz com que as pessoas com desregulação emocional frequentemente apresentem respostas afetivas que oscilam entre euforia, raiva e tristeza extremas, raramente passando por variações mais amenas desses afetos. (3) *Lento retorno ao nível emocional basal*, isto é, reações emocionais são mais duradouras que para a maioria das pessoas. Sabe-se que as emoções são autolimitadas no tempo, e geralmente têm uma duração breve. Em função dessa característica de retorno mais lento ao estado basal, ocorre que na medida em que a excitação emocional atua sobre diversos processos cognitivos e de regulação da conduta, pode gerar reativações emocionais subsequentes. Ou seja, uma ativação emocional que demora a passar deixa a pessoa mais vulnerável a reagir em intensidade excessiva a novos estímulos desencadeantes em seu meio (Abreu & Abreu, 2016; M. Linehan, 2010; Vásquez-Dextre, 2016). No que tange especificamente às pessoas com transtornos alimentares, entende-se que a desregulação no sistema de fome e saciedade também faria parte do domínio de vulnerabilidade biológica, aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares (Wisniewski & Kelly, 2003).

A vulnerabilidade emocional, pode ser explicada através deste gráfico (Dornelles & Sayago, 2015):

Figura 2 - Vulnerabilidade Emocional

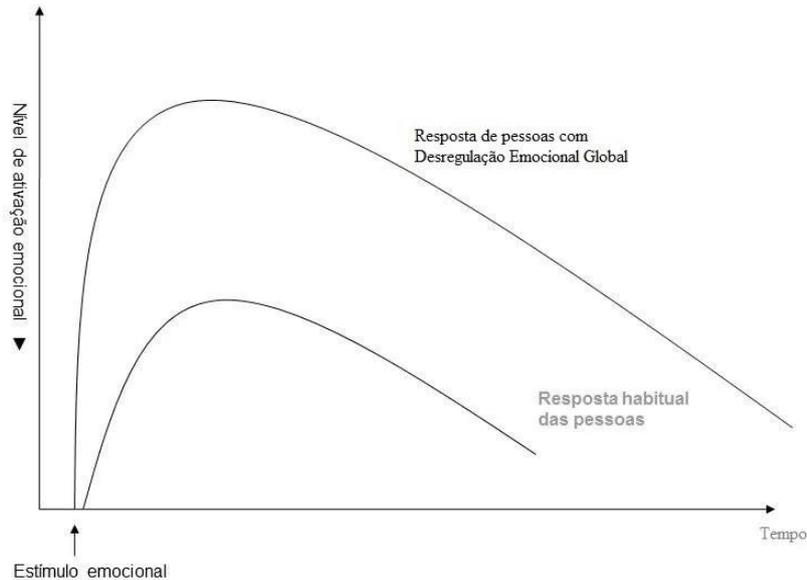


Figura retirada de: Dornelles, V. G., & Sayago, C.B. W. (2015). Terapia comportamental dialética: princípios e bases do tratamento. In: Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Sinopsys. p.455

### Teoria biossocial: ambientes invalidantes

O ambiente invalidante, por sua vez, comunica que a pessoa está equivocada com a descrição e análise de suas próprias experiências e considera suas características pessoais como inaceitáveis socialmente. As emoções que a pessoa expressa não são reconhecidas como válidas ou legítimas, sendo por vezes tratadas como insignificantes ou como tentativas de manipulação. Como consequência, o ambiente invalidante, reforça o valor funcional das condutas expressivas extremas e extingue o valor funcional das condutas expressivas moderadas. Por exemplo, quando a pessoa com desregulação emocional reage de maneira extremada a uma situação, ela é ouvida e recebe atenção e pode se sentir entendida. Por outro lado, quando se comunica emocionalmente de forma moderada, a família não consegue perceber o quanto de incômodo ou sofrimento a pessoa está vivendo. Desta forma, as pessoas com desregulação emocional aprendem que aumentando a intensidade de suas respostas emocionais, o ambiente responde às suas necessidades. (Abreu & Abreu, 2016; M. Linehan, 2010; Vásquez-Dextre, 2016).

A noção de ambiente invalidante também pode ser expandida para considerar as particularidades deste para pessoas com transtornos alimentares. Nesse contexto, considera-se que aspectos culturais como a sustentação de modelos de beleza baseados em características corporais inatingíveis para a maioria da população, bem como o atrelamento do senso de valor pessoal à aparência física, além da incapacidade do meio em compreender as dificuldades da pessoa com transtorno alimentar para modificar seu padrão de alimentação seriam aspectos particulares do ambiente invalidante que contribui para o surgimento e a manutenção dos transtornos alimentares (Wisniewski & Kelly, 2003).

Com o modelo biossocial, a DBT possibilita um entendimento complexo do funcionamento da pessoa e do ambiente em que vive. A partir daí, a prática clínica da DBT visa desenvolver habilidades intrapessoais e interpessoais a fim de reduzir a vulnerabilidade emocional e também estratégias para modificar o ambiente invalidante.

Considerando as conclusões extraídas de estudos sobre a etiologia e manutenção da compulsão alimentar, conforme exposto nas seções anteriores, entende-se que a teoria biossocial possibilita uma conceitualização completa dos comportamentos problemáticos presentes na compulsão alimentar. Assim, essa abordagem contempla adequadamente os elementos referentes à exposição a estressores, disfunções neurobiológicas e falhas no processo de autorregulação cognitiva e emocional, bem como especificidades relacionadas às vulnerabilidades nutricionais e fatores de vulnerabilidade interpessoal e social presentes nos transtornos alimentares incluindo a compulsão alimentar.

O modo de tratamento da DBT consiste em: Terapia Individual, Coaching Telefônico, Treinamento em Habilidades, Supervisão de Equipe e Tratamentos Complementares (como medicação e grupos para familiares, por exemplo). Com este conjunto de modalidades de atenção, contemplam-se os objetivos centrais da DBT: aumentar habilidades dos clientes; generalizar habilidades aprendidas nas consultas para o contexto do cliente; gerar motivação para abandonar comportamentos que são incompatíveis com a vida; aumentar motivação do terapeuta e diminuir o risco de *burnout*; e estruturar o ambiente para reforçar aceitação e mudança (M. Linehan, 2010; Soler, Eliges, & Carmona, 2016; Vásquez-Dextre, 2016).

A aplicação da terapia comportamental dialética tem se mostrado eficaz para reduzir a sintomatologia de transtornos alimentares, incluindo a compulsão alimentar periódica, contando com evidências preliminares inclusive para a população brasileira (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012; Ana Carolina Maciel Cancian, de Souza, Liboni, Machado, & Oliveira, 2017; Klein, Skinner, & Hawley, 2013). Boa parte dos estudos que apresentam a eficácia da DBT na compulsão alimentar trabalham exclusivamente com o treinamento de habilidades, sendo que uso de habilidades tem sido identificado como um dos mecanismos de ação dessa abordagem (Andrada D. Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010). A seguir, expõe-se uma visão geral do tratamento baseado na DBT para a compulsão alimentar.

#### Compulsão alimentar como comportamento problema

Do ponto de vista da DBT, os comportamentos que fazem parte da apresentação clínica da compulsão alimentar podem ser entendidos como *comportamentos problema* com função de regulação emocional, isto é, são comportamentos que tem por objetivo solucionar um problema relacionado à regulação emocional, porém acabam gerando mais problemas ao indivíduo e seu ambiente. O comer compulsivo produz um alívio imediato da experiência emocional intensa e desagradável, baixando rapidamente a intensidade da emoção, de modo que a probabilidade de essa ação ocorrer em face de uma nova ativação emocional aumenta.

Dito de outra forma, entende-se que o comportamento de comer compulsivamente é reforçado negativamente por suas consequências de eliminar a estimulação emocional aversiva. O reforço negativo, promovido pelo alívio da intensidade da emoção, faz com que este comportamento aconteça repetidamente e se sobressaia a outras estratégias potencialmente mais adaptativas, resultando numa restrição do repertório de respostas do indivíduo aos estímulos emocionais aversivos.

Não obstante o alívio imediato, esses comportamentos produzem certas consequências problemáticas no médio e longo prazo, como aumento de peso e problemas de saúde, redução da autoestima e experiência de autoinvalidação com sentimentos de vergonha e culpa após os episódios. Todas essas consequências têm o potencial de dar origem a novas experiências emocionais aversivas e intensas, as

quais podem levar a novas iterações do ciclo e ao aumento da intensidade dos comportamentos problema.

Assim, entende-se que a indisponibilidade de estratégias mais funcionais de regulação emocional é um dos fatores que perpetua o ciclo de sofrimento. Portanto, busca-se ampliar o repertório de autorregulação do indivíduo, a fim de que possa substituir seus comportamentos problema por estratégias mais adaptativas e que vão ao encontro de produzir uma melhor qualidade de vida (M. Linehan, 2010).

#### Metas do tratamento

A partir de um enfoque dialético, a DBT emprega estratégias motivacionais com a função de aumentar a adesão dos pacientes ao treino de habilidades e a mudança comportamental desejada (Bornovalova & Daughters, 2007). A premissa básica nesse primeiro momento é *encorajar o paciente a se comprometer com o tratamento*, orientando-o sobre as habilidades e obtendo seu consentimento de participação. O entendimento das suas principais dificuldades em relação à alimentação aliado à exposição do modelo de desregulação emocional (descrito anteriormente) são úteis nesse processo.

É importante que o paciente perceba como a compulsão alimentar foi um comportamento aprendido para lidar com as emoções, o qual se tornou automático e sistemático no decorrer do tempo. Em virtude disso, o treino das habilidades tem por objetivo auxiliá-lo a desenvolver outras formas de lidar com as emoções para eliminar a necessidade do uso da estratégia disfuncional de compulsão alimentar.

Desta forma, fica explícita a dialética entre aceitação e mudança durante todo o processo de tratamento. O trabalho inicia com as estratégias de aceitação, validando as emoções, sensações, pensamentos e história de vida da pessoa. A validação é uma estratégia central da aceitação, que visa possibilitar que o paciente se sinta acolhido, entendido e com mais confiança no terapeuta para seguir um plano terapêutico estabelecido, no qual as estratégias de mudanças comportamentais também serão abordadas. O vínculo entre terapeuta e paciente é extremamente útil e importante durante todo o seguimento da terapia, e se intensifica por meio de uma atitude terapêutica calcada na validação.

Outra meta importante é a de *evitar comportamentos que possam interferir na continuidade do tratamento*, tais como não vir a sessão, chegar atrasado aos atendimentos, não realizar a tarefa de casa ou não avisar com antecedência sua ausência. Técnicas como a análise em cadeia (descrita posteriormente) e análise de soluções podem ajudar a entender o contexto que origina e mantém tais comportamentos, bem como a identificar possibilidades de mudança. Assim, o compromisso com o tratamento é visto como uma classe de comportamentos que podem ser aprendidos, sendo evocados e reforçados na relação terapêutica.

As metas iniciais do tratamento dizem respeito a terminar com os comportamentos alimentares problemáticos e, conseqüentemente, promover melhor qualidade de vida. *Eliminar os episódios de compulsão alimentar* é um objetivo central do treino das habilidades. No processo de abstinência dialética sugere-se que o paciente comprometa-se a não ter compulsões alimentares, na mesma medida em que se dispõe a agir de forma efetiva caso alguma recaída aconteça. *Reduzir alimentação mindless* (isto é, alimentação desatenta) significa optar por uma mudança na relação com a alimentação, saindo do "piloto automático" - caracterizado frequentemente por comer quando não há fome, comer sem prestar atenção, comer em demasia, etc. Esse padrão de alimentação não envolve necessariamente a falta de controle encontrada em um episódio de compulsão, mas pode funcionar como gatilho e por isso é importante ser abordado. *Reduzir a preocupação com comida, os impulsos e as fissuras* almeja trazer a atenção para aspectos da qualidade de vida ao invés do intenso foco em pensamentos e rumações sobre a comida. *Reduzir a capitulação* significa trabalhar com o princípio de que sempre há uma opção. Ainda que pareça um processo passivo, a capitulação envolve uma decisão implícita por eliminar todas as opções disponíveis, rendendo-se a comida ou desistindo de tentar algo novo. Por fim, *reduzir comportamentos aparentemente irrelevantes* (CAI) tem relação com a identificação dos pequenos elos da corrente que levam a um comportamento problema. Busca-se aumentar a consciência a respeito desses componentes importantes mas frequentemente negligenciados, bem como desenvolver habilidades para modificar os contextos que levam aos episódios problemáticos. Evitar a balança, por exemplo, pode ser uma forma de ter menos

contato com as consequências dos episódios de compulsão e, ao mesmo tempo, reforçar a ideia de que esses não têm tanta relevância (Safer, Telch, & Chen, 2009).

### Habilidades DBT

Trabalhar com as habilidades da DBT, seja na terapia individual, seja no grupo de treinamento de habilidades, tem por principal objetivo aumentar o repertório comportamental dos clientes a fim de reduzir sua vulnerabilidade emocional, impulsividade e manutenção dos comportamentos disfuncionais e crises. O desenvolvimento das habilidades de Atenção Plena, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional, Tolerância ao Mal Estar são extremamente úteis neste processo de saber “*o que fazer*” e “*como fazer*”.

As habilidades da DBT estão divididas em habilidades de aceitação e habilidades de mudança. Nas habilidades de aceitação, encontram-se Atenção Plena, Aceitação radical e Tolerância ao Mal Estar; enquanto nas habilidades de mudança encontram-se Efetividade Interpessoal e Regulação Emocional (M. M. Linehan, 2018). Cada habilidade ensinada envolve o desenvolvimento de repertórios específicos que vão ao encontro dos padrões disfuncionais presentes na desregulação emocional. A seguir, são apresentadas descrições breves das habilidades, seus objetivos e algumas particularidades de sua aplicação ao contexto do tratamento de pessoas com compulsão alimentar.

#### Mindfulness

O módulo de ***Mindfulness*** desenvolve as habilidades consideradas nucleares para a DBT, uma vez que servem de base para a aplicação de todas as outras. Neste módulo, ensinam-se estratégias para aumentar a consciência, ficar centrado no que está acontecendo consigo e no ambiente, experimentando a realidade tal como ela é, com curiosidade e abertura. Este módulo é extremamente importante para a aprendizagem das demais habilidades e, portanto, indica-se ser ensinado prioritariamente.

*Objetivos:* reduzir o sofrimento e aumentar a alegria, ou seja, diminuir o estado de tensão e estresse; aumentar o controle da sua própria mente e não permitir que ela lhe controle; experimentar a realidade como ela se apresenta; aumentar a capacidade de concentração; ficar presente na vida das pessoas que queremos bem.

*Habilidades de Mindfulness*: observar e descrever os eventos internos e externos, notar e evitar julgamentos, fazer uma coisa por vez, agir de modo efetivo em cada situação estão entre as habilidades centrais. Também faz parte desse conjunto a identificação e discriminação dos estados da mente, reconhecendo as diferenças entre a mente racional, mente emocional e sábia. Esta última se refere ao caminho do meio, ou seja, uma integração dialética entre os demais modos, onde se pode observar as polarizações e atuar com assertividade, levando em consideração as metas de longo prazo do indivíduo.

*Aplicabilidade de Mindfulness para tratamento da compulsão*: a compulsão alimentar, o comer desatento e a preocupação com a comida são estratégias para manejar as emoções que parecem estar fora de controle. As habilidades de mindfulness são fundamentais pois permitem que os pacientes desenvolvam a capacidade de direcionar sua atenção às emoções que servem de gatilho aos comportamentos problema. Dessa forma, rompe-se o ciclo automático entre emoções e comportamentos problema através da possibilidade de notar as sensações prévias à compulsão, sem julgamento e sem a necessidade de reagir a elas. A prática do comer com consciência plena é uma forma de treinar o observar, o descrever e o participar e é na útil na medida em que ajuda os pacientes a estarem mais atentos e em contato com a experiência de comer.

A técnica do *urge surfing* permite que o paciente note com curiosidade e abertura todas as sensações, pensamentos e sentimentos que fazem parte do impulso de comer, sem colocá-lo em prática. Além disso, uma vez que a desconexão entre o comportamento de comer e os sinais internos de fome e saciedade faz parte da apresentação clínica da compulsão alimentar, o treino de estratégias de atenção plena torna-se imprescindível. Ele permite contornar essa dificuldade mediante o aumento da capacidade de reconhecer e descrever as próprias sensações corporais, bem como identificar os impulsos de ação que se seguem a elas e escolher entre se engajar neles ou não (Safer et al., 2009).

#### Efetividade interpessoal

O módulo de **Efetividade Interpessoal** atua para diminuir a *desregulação interpessoal*, caracterizada pelo caos e o desentendimento frequentemente presente nas relações. O intuito é dar subsídios para que os participantes encontrem um ponto de equilíbrio e saiam das polaridades.

*Objetivos:* as metas incluem ser hábil para obter o que se quer e precisa dos outros, conseguir que os outros façam coisas que apreciamos, fazer com que as pessoas levem sua opinião a sério e aprender a dizer não de modo efetivo; construir relacionamentos e terminar relacionamentos destrutivos ou irrecuperáveis, reforçar os relacionamentos atuais, evitar problemas e não deixar que eles se acumulem, reparar relações quando for necessário e ao mesmo tempo resolver conflitos antes que se tornem ditatoriais; trilhar o caminho do meio, criar e manter equilíbrio nas relações, utilizar-se de aceitação e mudança nos relacionamentos.

*Habilidades de Efetividade Interpessoal:* As habilidades centrais de efetividade interpessoal ensinam a pedir, dizer não e manter sua posição de forma assertiva, tanto com relação aos objetivos e metas pessoais, quanto com o cuidado de manter boas relações e o autorrespeito, fazendo um equilíbrio entre estes aspectos. É também neste módulo que se aprende estratégias para se aproximar e se inserir em grupos e como desfazer relações destrutivas; além de aprender a trilhar o caminho do meio, equilibrando dialeticamente aceitação e mudança, pessoalmente e na relação com os outros. Habilidade de validação e estratégias para modificação comportamental também são aprendidas neste módulo.

*Aplicabilidade de Efetividade Interpessoal para tratamento da compulsão:* conforme demonstram as evidências empíricas acerca do modelo interpessoal, as dificuldades no manejo de relações com outras pessoas e estilos de interação problemáticos aumentam a probabilidade tanto de ocorrerem experiências emocionais desagradáveis quanto de o indivíduo com compulsão alimentar responder a tais experiências com comportamentos alimentares problemáticos. Especialmente as habilidades voltadas a manter o autorrespeito nas relações podem oferecer recursos importantes para o enfrentamento de alguns dos fatores interpessoais identificados na literatura como mais associados à compulsão alimentar, tais como o viés atencional a pistas de hierarquia social e a percepção frequente de inferioridade social.

Ainda que diversos estudos clínicos com a DBT para compulsão e outros transtornos alimentares não incluam o módulo de efetividade interpessoal no programa de treinamento de habilidades, um estudo qualitativo sobre a percepção de participantes de uma intervenção em DBT para mulheres com obesidade e compulsão alimentar demonstrou que os principais efeitos percebidos foram no âmbito

interpessoal, mesmo sem que esse módulo tenha sido trabalhado diretamente durante o treinamento (A. C. M. Cancian, Souza, L. A. S., Barros, S. S., Garrido, & Oliveira, 2017).

As habilidades de efetividade interpessoal se mostram especialmente importantes também no tratamento da compulsão em adolescentes, considerando a importância do enfrentamento de dilemas interpessoais e desenvolvimento de habilidades de assertividade, bem como a saliência de estressores sociais nessa fase da vida (Kittel et al., 2015; Safer, Couturier, & Lock, 2007).

A disponibilidade de habilidades mais efetivas para reconhecer metas, manter o autorrespeito e cultivar relacionamentos harmônicos pode ter o efeito de reduzir a vulnerabilidade às experiências emocionais intensas e aversivas que funcionam como gatilho para os episódios de compulsão alimentar. Além disso, o treino de efetividade interpessoal permite que se alcance não somente redução dos sintomas, mas também uma melhoria geral na qualidade de vida, uma vez que facilita o desenvolvimento de vínculos significativos, permite a construção de uma rede de apoio e dá ferramentas para a expressão assertiva de necessidades, desejos e limites pessoais nas relações.

### Regulação emocional

A *desregulação emocional* é marcada pela dificuldade de reconhecer e nomear as emoções, segurar o impulso de ação quando não é efetivo, deixando-se levar por ele como se sua interpretação fosse um fato. Estas dificuldades são encontradas em diversos transtornos. O módulo de **Regulação Emocional** instrui em como diminuir estes obstáculos, inicialmente com a psicoeducação das emoções e depois com estratégias mais específicas de mudança, como resolução de problemas e ação oposta.

*Objetivos:* identificar, entender e nomear as emoções; diminuir a frequência de emoções indesejadas, não deixando que elas comecem e mudando quando elas iniciam; diminuir a vulnerabilidade emocional, aumentar a resiliência e a capacidade de lidar com situações difíceis e emoções positivas, reduzir a vulnerabilidade à mente emocional; reduzir o sofrimento emocional, quando emoções dolorosas tomarem conta de si, manejar emoções extremas para não piorar as coisas.

*Habilidades da Regulação Emocional:* entender a função das emoções e seus impulsos de ação, identificar e dar nomes às emoções, notar os obstáculos para mudar as emoções são as habilidades iniciais. Aprender a checar os fatos de uma situação (quem, o que, onde e quando) sem utilizar de interpretações; encontrar soluções a problemas e fazer ação oposta atuando integralmente com comportamentos contrários ao impulso de ação da emoção experimentada são estratégias que auxiliam a mudar as emoções não desejadas. Acumular emoções positivas a curto prazo e a longo prazo, aprender a antecipar-se e construir competência pessoal, cuidar da mente e do corpo são habilidades que contemplam a redução da vulnerabilidade emocional. Para ensinar a gerenciar emoções extremas, as habilidades úteis são: mindfulness das emoções atuais e identificação do ponto de falência das habilidades.

*Aplicabilidade da Regulação Emocional para tratamento da compulsão:* A tentativa de controlar as emoções através da compulsão alimentar ou da desconexão com as sensações corporais pode ter efeito reverso, fazendo com que as emoções se tornem mais intensas. Portanto, a principal função dessas habilidades refere-se a poder regular as próprias emoções, ao invés de apenas aprender a não comer pelo impulso.

É bastante comum que os pacientes com compulsão alimentar expressem suas emoções através da relação com a comida (ex: a irritação com algum familiar pode ser expressa através do ato de ir a um restaurante e comer demasiadamente). Portanto, objetiva-se construir uma forma mais adaptativa de relacionamento com as emoções, a qual permita manejar a experiência emocional sem gerar consequências danosas ou obstaculizar objetivos de longo prazo importantes para o indivíduo. Assim, encoraja-se que o paciente possa notar o evento que desencadeou certa emoção, quais interpretações teve do evento, quais as mudanças corporais e a expressão emocional atreladas e outros possíveis efeitos da emoção.

Um aspecto importante da regulação emocional é a identificação das funções das emoções, de modo que a pessoa possa se tornar capaz de reconhecer as funções de cada emoção, compreendendo, por exemplo, que quando uma emoção de raiva estiver presente, pode ser que isso signifique que alguma meta importante para si está sendo bloqueada por um fator externo, ou há algo ou alguém que ameaça sua

integridade ou invade seu espaço pessoal. Ao compreender que as emoções têm a função de facilitar a comunicação com outros e trazer informações importantes para si sobre o ambiente interno e externo, além de motivar e organizar a ação, torna-se mais fácil que o paciente se disponha a acolher e aceitar a experiência emocional como uma aliada, e não algo a suprimir ou de que tenha de se afastar sempre.

Ainda que se possa aumentar a motivação para aceitação da experiência emocional, há que se ter em conta que os episódios compulsivos normalmente tendem a ocorrer quando as emoções estão mais intensas e desreguladas e que esse estado intenso é facilitado por uma série de eventos encadeados que vão construindo uma maior vulnerabilidade à ocorrência de respostas emocionais extremas. Assim, é fundamental também aprender a reduzir a vulnerabilidade ao estado da mente emocional.

Alguns componentes enfatizados nessa perspectiva são: *realizar atividade física* (o exercício físico melhora o humor, reduz níveis de estresse e aumenta o senso de bem estar), *tratar doenças físicas* (consiste em aumentar a consciência para os sinais e sensações do corpo e perceber se existe associação entre a alimentação e estar se sentindo fisicamente mal), *dormir de modo equilibrado* (o sono é extremamente importante para a estabilidade de humor, por isso é válido questionar se a comida está sendo utilizada para mascarar a fadiga), *evitar drogas que alteram o humor* (ex: cafeína, álcool) e *manter uma alimentação equilibrada* (estimula-se que o paciente possa notar se há relação entre a ingestão de certos alimentos e a vulnerabilidade para emoções negativas a curto ou longo prazo).

Como se demonstrou no diagrama exposto anteriormente, um componente importante no ciclo de desencadeamento e manutenção da compulsão alimentar é a baixa autoeficácia, isto é, uma confiança reduzida na própria habilidade de se autorregular. Dentre as habilidades de regulação emocional, a habilidade de *construir domínio* vai ao encontro dessa dificuldade, ajudando o paciente a aumentar seu senso de efetividade e autodomínio mediante a programação de uma série de atividades que sejam razoavelmente desafiadoras e ao mesmo tempo possíveis de serem realizadas. Isso favorece que o paciente siga engajado na construção de mudanças positivas em sua vida, percorrendo um caminho composto de passos pequenos e exequíveis, ao mesmo tempo em que proporciona uma experiência de avanço e crescimento pessoal,

o que aumenta a autoestima e a confiança na própria capacidade de resolver problemas.

#### Tolerância ao mal-estar e aceitação radical

A *desregulação comportamental*, bastante presente em pessoas com desregulação emocional, é definida como o emprego de estratégias mal adaptativas de resolução de problemas, ou seja, realização de comportamentos problemas para baixar a intensidade emocional (uso de drogas, bebida, automutilação, agressão, comer compulsivo, entre outros). O módulo de **Tolerância ao Mal Estar** traz novas possibilidades de como diminuir a intensidade emocional sem ter prejuízos para si e para as relações. Busca-se desenvolver habilidades que permitam atravessar a crise emocional nos momentos em que se está muito próximo do ponto de ruptura das próprias habilidades, sem responder de modo impulsivo ou destrutivo, a fim de que depois se possa ter a mente mais clara para buscar outras habilidades que condizem com a situação. Este módulo tem dois pontos centrais, tolerar o mal estar para não piorar as coisas e aceitar radicalmente a realidade como ela é para diminuir o sofrimento.

*Objetivos:* habilidades de sobrevivência a crises são ensinadas com o intuito de tolerar eventos, impulsos de ação e emoções dolorosas quando não é possível melhorar as coisas imediatamente. A intenção é baixar a intensidade da emoção no momento de pico, para que se possa posteriormente aplicar outras habilidades a fim de auxiliar a resolver um problema ou fazer ação oposta, por exemplo. As habilidades de aceitação da realidade auxiliam a reduzir o sofrimento por meio de aceitação dos fatos que não podem ser mudados e da disposição para experienciar de modo consciente o que ocorre na vida, mesmo quando essa vida não é exatamente como se gostaria que fosse. As habilidades relacionadas a adições complementam esse bloco, com elas se aprende a desistir da adição e viver uma vida de abstinência.

*Habilidades da Tolerância ao Mal Estar:* as habilidades utilizadas para não piorar as coisas em momentos de crise são: STOP, Prós e Contras, TIP (para mudar a fisiologia do corpo alterando temperatura corporal, fazendo exercício intenso, ou com respiração ritmada), distrair-se com habilidades de mente sábia, acalmar-se com os cinco sentidos, e melhorar o momento. As habilidades voltadas a acolher e

vivenciar a realidade tal como é e aceitar as coisas que não podem ser mudadas são: aceitação radical, redirecionar a mente, estar disposto, meio sorriso e mãos dispostas e mindfulness das emoções atuais. As habilidades específicas para situações em que as crises têm a ver com adição incluem a abstinência dialética, mente limpa, reforço da comunidade, queimar pontes e construir novas, rebelião alternativa e negação adaptativa.

*Aplicabilidade da Tolerância ao Mal Estar para tratamento da compulsão:* Neste módulo o paciente aprende estratégias que lhe permitem tolerar momentos ou situações ansiogênicas que lhe causem *distress* significativo e que, por determinado motivo, não as possa evitar ou alterar. São estratégias comuns: o *self-soothing*, estratégias de distração, relaxamento diafragmático ou a aceitação da realidade. Essas estratégias permitem que, perante um evento estressor, esses indivíduos não necessitem recorrer à compulsão alimentar periódica como forma de alívio do desconforto. ([Nunes-Costa, Lamela, & Gil-Costa, 2009](#))

Como se viu anteriormente, é bastante comum que os episódios de compulsão alimentar ocorram em resposta à experiência de afetos negativos, sendo tanto maior a probabilidade de ocorrerem quanto maior for a intensidade da emoção negativa. Ainda que as técnicas de regulação emocional auxiliem na redução da vulnerabilidade às crises e no reconhecimento da função das emoções e facilitação de uma atitude de acolhimento e compreensão da própria experiência emocional, por vezes, em função da vulnerabilidade que apresentam, os pacientes têm dificuldades de implementar habilidades de regulação ou de mindfulness em momentos de crise. É comum escutar relatos de pacientes sobre a dificuldade de entenderem o que as pessoas dizem em momentos de estresse, tanto menos avaliarem os prós e contras de agir segundo o impulso da emoção.

Nesses momentos, estratégias mais imediatas e intensas como alteração da temperatura do corpo com o uso de compressas de gelo ou banho frio, ou ainda a realização de exercícios guiados de respiração controlada ou exercício aeróbico intenso permitem que a pessoa restabeleça o controle de suas funções executivas e consiga planejar um curso de ação que lhe seja mais útil. As habilidades de tolerância ao mal-estar ajudam a focalizar a atenção e organizar a cognição em momentos em

que a pessoa se encontra num estado muito próximo ao ponto de ruptura a partir do qual sua ação se torna fortemente impulsiva.

*Aplicabilidade da Aceitação Radical à Compulsão:* as habilidades de aceitação radical da realidade permitem que se quebrem ciclos de ruminação e de auto acusação que costumam se seguir à ocorrência de um episódio de compulsão e que podem tornar a pessoa mais vulnerável a novos episódios. Além disso, visam reduzir o impacto de avaliações negativas acerca da própria imagem corporal. Nesse aspecto, são habilidades de especial relevância no contexto do comer compulsivo, uma vez que a preocupação com a imagem corporal é identificada tanto na literatura quanto clinicamente como um importante fator de vulnerabilidade para a ocorrência de comportamentos problema envolvendo a compulsão. Essa dificuldade comumente se apresenta não só como uma insatisfação com a autoimagem atual, mas também em esforços constantes por não entrar em contato com a própria imagem.

A evitação do ato de se pesar ou de se olhar no espelho são exemplos desses comportamentos que mantêm a insatisfação. Trabalhar com aceitação radical nesse cenário significa convidar os pacientes para entrar em contato com essa experiência difícil (olhando-se no espelho, por exemplo), reconhecendo-a e tomando perspectiva (principalmente através da habilidade de descrever e não julgar a própria imagem). Na mesma medida, aceitar os fatos como são abre a possibilidade de agir efetivamente no que pode ser mudado (como por exemplo, entrar na academia para reduzir os índices de gordura corporal). Dessa forma, troca-se o foco de revoltar-se com *o que não deveria ser*, para reconhecer *o que é, como é*, e identificar oportunidades de agir para melhorar aquilo que pode ser melhorado.

#### Análise Funcional e Casos Clínicos

A análise funcional do comportamento é uma das habilidades que a DBT propõe aumentar, tanto no treinamento de habilidades quanto na terapia individual. Essa habilidade de identificar antecedentes e consequências do comportamento também é chamada de análise em cadeia, pois possibilita discriminar cada elo da cadeia de acontecimentos que levaram ao comportamento problema. A partir da análise funcional, podem ser identificados os eventos disparadores do comportamento problema, contextos de vulnerabilidade que tornaram mais provável a ocorrência

deste, bem como as consequências imediatas e de longo prazo. A partir da identificação de vulnerabilidades, antecedentes e consequências, torna-se possível definir comportamentos alternativos que possam interromper a cadeia de eventos antes de chegar ao comportamento problema, ou ainda atenuar as consequências danosas caso o comportamento problema venha a se repetir em ocasiões futuras e mitigar os fatores de vulnerabilidade que necessitam ser reduzidos. A proposta é que a análise funcional seja utilizada a todo momento, seja no grupo de treinamento de habilidades ou na terapia individual, de modo que o paciente se torne proficiente na habilidade de reconhecer e manipular as variáveis que influenciam o próprio comportamento.

A seguir, exemplifica-se a realização de uma análise em cadeia de um comportamento problema durante uma interação clínica. Nesta situação, o comportamento problema foi o episódio de comer compulsivo.

#### Caso 1

Paciente - Eu comi muito esta semana. Ontem comi demais, foi muito mesmo. Me senti muito culpada depois que eu fiz isto.

Terapeuta - Você notou se aconteceu algo antes deste comportamento que poderia ter contribuído? (terapeuta faz perguntas questionando os antecedentes do comportamento problema).

P - Foi quando eu fiquei sozinha em casa.

T - Foi quando você ficou sozinha.

P - Sim, meus pais saíram para um almoço familiar. Eles insistiram para eu ir junto, como normalmente fazem... e eu não fui, como normalmente eu faço...

T - E então ficou sozinha. (Evento disparador).

P - Sim.

T - E havia algo acontecendo antes disso que possa ter deixado você mais vulnerável nesse momento? (terapeuta convida a identificar fatores de vulnerabilidade).

P - Na verdade, sim. Agora estou me dando conta: eu já tinha brigado com meus pais na noite anterior porque estavam sendo autoritários e totalmente irracionais

comigo quando pedi dinheiro para fazer uma viagem e disseram que eu não ia viajar. Naquela noite, fiquei tão furiosa que mal consegui dormir. E depois ainda tive que acordar cedo para ir fazer uma prova.

T - Então a briga com seus pais já tinha impactado bastante, e acordar cedo depois de uma noite quase sem dormir piorou as coisas. É isso?

P - É, foi bem difícil. Depois cheguei e queriam que eu me aprontasse logo para ir para o almoço. Brigamos, eu não fui, e acabei ficando sozinha. Uma porcaria de dia!

T - E como se sentiu ao ficar sozinha?

P - Com culpa. (intervenção voltada a aumentar consciência das emoções: convida a nomear a emoção).

T - Culpa de quê?

P - De não ter ido com eles. Eu não conseguia parar de pensar nisto. E começou a me dar muita angústia.

T - Como esta angústia aparecia no teu corpo? (Explora outro aspecto da experiência emocional: experiências internas).

P - Tipo um tremor no corpo, uma vontade muito grande de fazer algo para conseguir agradar a eles.

T - Como estavam seus pensamentos nesse momento? (Explora-se outro aspecto da experiência emocional: alteração nos pensamentos).

P - Eu pensava que estraguei tudo de novo, que sou péssima como filha e que não mereço a família que tenho. Ficava pensando que não custava nada ter ido, mas abandonei eles de novo! Vinha isso de que não faço nada por eles e depois reclamo que me sinto sozinha. Me senti uma inútil.

T - Parece que era bem difícil ter esses pensamentos. Noto que seu tom de voz mudou enquanto falava disso. Imagino que aquilo que estava sentindo quando ficou sozinha tenha voltado quando se lembrou desses pensamentos agora. É isso mesmo? (Terapeuta trabalha com exposição à experiência emocional no contexto presente da terapia e ao mesmo tempo reconhece os pensamentos como válidos e observa o comportamento além do conteúdo da fala, validando a experiência como um todo).

P - Sim. Estou me sentindo muito angustiada de novo.

T - Nota alguma outra emoção além da angústia? (Convida a observar a emoção, treinando o controle da atenção em momento de ativação emocional).

P - Culpa, muita culpa.

T - E lá, enquanto estava em casa, sentia essa culpa também?

P - Sim. Bem forte.

T - O que você fez logo após isto? (Segue explorando as ligações entre disparador e comportamento problema).

P - Comecei a comer as comidas que estavam prontas na geladeira.

T - Qual era a sensação ao comer? (Explora consequências proximais do comportamento problema).

P - Não pensava em nada, só comia.

T - Então você comia e aqueles pensamentos tão difíceis parece que sumiam. É isso?

P - É, davam uma pausa. (Paciente identifica alívio imediato proporcionado pelo comportamento problema).

T - O que aconteceu logo após isto? (Terapeuta questiona acerca das consequências distais do comportamento problema).

P - Culpa de novo. E agora mais forte, pois não queria ter perdido o controle. Senti culpa e decepção. (Na exploração das consequências distais, identifica-se o surgimento de emoção secundária).

T - Nota algo mais além da culpa e decepção? (Segue explorando outros elementos presentes no contexto logo após a conduta problema, facilitando tomada de perspectiva).

P - Que também deu um alívio enquanto comia, porque eu não pensava em nada. Mas fiquei com dor de barriga de tanto que comi. E me senti uma burra. Desde então, só consigo pensar que sou uma incompetente que não consegue nem controlar o impulso de comer. (Identifica consequências negativas de médio prazo e resposta de autoinvalidação após a ocorrência do comportamento problema).

T - Você teve um alívio da culpa por não ter agradado seus pais, a curto prazo; e também percebeu a dor de barriga como uma consequência de comer tanto de uma vez só. Além disso, notou que havia pensamentos de incompetência. Eu entendo que você queria muito ter feito melhor, mas não conseguiu naquele momento. É natural que fique frustrada consigo mesma. (Terapeuta resume as consequências observadas pela cliente e traz uma perspectiva de normalidade, validando o sentimento de

frustração. Sugere a aceitação de algo que já aconteceu, que não pode ser mudado, demonstrando que o sentimento experimentado foi genuíno).

P - É, fiquei bem chateada comigo. Ainda estou, na verdade. Mas sou uma idiota e não consigo sair disso.

T - E ao mesmo tempo em que é compreensível que essa frustração surja e os julgamentos apareçam, você nota que quanto mais você se acusava e julgava o que aconteceu, mais acabava recorrendo à comida. É isso?

P - Sim. É assim que sempre acontece. Faço uma burrada, como, me sinto burra e como mais ainda.

T - E falando agora comigo a respeito disto que já aconteceu, ocorre alguma outra ideia do que você poderia fazer em uma situação semelhante a esta que venha a acontecer no futuro? Algo que já trabalhamos aqui ou no treinamento de habilidades? (Tenta suscitar comportamentos alternativos e efetivos frente a situações semelhantes, ou seja, o terapeuta começa a trabalhar com estratégias de mudança).

P - Poderia começar segurando o impulso de comer.

T - Sim. E como seria fazer isto?

P - Não sei. Também podia ligar para os meus pais e me desculpar, talvez assim eu não ficaria tão angustiada. Mas quando eu como, é muito mais rápido e fácil. Além do mais, se eu pedir desculpas para eles, talvez eles queiram vir me buscar para eu ir junto, e não quero isto. (Identifica barreiras para a implementação de habilidades: aqui, falta de motivação).

T - Bem, o que você acha de fazermos uma análise dessa cadeia de eventos para entender como você pode lidar de modo mais efetivo com cada parte de uma situação como essa no futuro?

P - É, acho que preciso, porque com certeza vai acontecer de novo.

<b>Qual é exatamente o comportamento problema que estamos analisando?</b>	Comer tudo o que tinha na geladeira.
<b>Qual foi o evento desencadeador que me colocou na cadeia que conduziu ao comportamento problema?</b>	Fiquei sozinha em casa.
<b>Coisas (em mim e no ambiente) que me deixaram vulnerável:</b>	Clima tenso com meus pais. Estava cansada e sem vontade de sair de casa.
<b>Eventos (elos da cadeia)</b>	Comportamentos alternativos (habilidades).
<b>1</b> <i>Senti angústia e culpa por não ter ido com eles.</i>	Reconhecer cada elemento da emoção (sensações, pensamentos, impulsos) para nomeá-la. Aceitar a emoção como parte do momento que está vivendo e, ao nomeá-la, identificar a informação importante que pode estar trazendo.
<b>2</b> <i>Fiquei me criticando por não ter ido com eles.</i>	Autovalidação. Dialética (ver o outro lado além da autocrítica).
<b>3</b> <i>Me senti inútil e pensei que nunca faço nada por eles e não mereço que</i>	Checar os fatos: observar julgamentos como julgamentos, interpretações e inferências absolutas como somente interpretações, diferenciando-as de fatos.

	<i>me tratem bem.</i>	
4	<i>Senti mais culpa</i>	Reconhecer emoção e verificar se se ajusta aos fatos e se é efetiva. Se é efetiva, agir conforme o impulso: tentar reparar o dano ou minimizar as consequências da ação que vai contra valores pessoais. Se não é efetiva, identificar a ação oposta ao impulso da emoção e engajar-se nela com determinação.
5	<i>Comi tudo o que via, sem nem sentir o gosto - só engolia tudo.</i>	Mindfulness: observar e descrever ações e características do ambiente atual, fazer uma coisa por vez participando de modo atento e consciente de todos os aspectos da ação.
6	<i>Fiquei furiosa comigo, pensando que sou uma idiota, e comi mais.</i>	Mindfulness: habilidade de não julgar a experiência, observando quando julgamentos surgem e se desprendendo deles para ater-se aos fatos e fazer o que é necessário e efetivo na situação. Autovalidação: responder à postura autocrítica com uma compreensão ampla do contexto de dificuldade que levou a agir da forma que agiu, adotando uma atitude compassiva consigo.
	<b>Quais foram as consequências do comportamento problema EM MIM:</b>	Os pensamentos ruins aliviaram por um tempo, e me senti mais culpada do que já estava sentindo. Dor de barriga. Fiquei decepcionada comigo. Perdi de ficar com minha família.
	<b>Quais foram as consequências do</b>	Imediatas, nenhuma. Depois, meus pais viram que comi toda a comida que tinha na

<b>comportamento problema NO AMBIENTE:</b>	geladeira e ficaram bem incomodados por eu ter perdido o controle de novo.
<b>Formas de reduzir minha vulnerabilidade no futuro:</b>	Conversar com meus pais e resolver as brigas de uma forma mais efetiva. Descansar mais ou mencionar que estou cansada quando for negar um convite.
<b>Formas de evitar o evento precipitante:</b>	Achar algo interessante ou importante para mim para fazer quando for ficar sozinha. Algo como descansar, ver um filme ou estudar.
<b>Que danos meu comportamento problema causou:</b>	Comi demais e prejudiquei meu corpo com isso. Fiquei mais vulnerável a comer demais durante os outros dias.
<b>Planos para reparar ou corrigir os danos:</b>	Tentar estar mais atenta aos motivos por que não quero ir com eles e treinar habilidades para dizer não de forma efetiva. Pedir desculpas aos meus pais por ter deixado de ir e explicar que estava em um momento difícil. Aceitar minhas limitações e dizer para mim mesma que estou fazendo o que posso e que vou fazer melhor na próxima vez. Usar habilidades de mindfulness quando estiver ruminando pensamentos negativos.
<b>Meus pensamentos mais profundos sobre essa situação:</b>	Minha relação com meus pais é uma das coisas que mais dificulta minha vida hoje. Mas não quero mais comer daquele jeito só porque não consegui fazer as coisas do jeito que gostaria. Acho que vai ser muito difícil me lembrar de tudo isso quando me sentir

	sozinha e culpada de novo.
--	----------------------------

Modelo de planilha de análise em cadeia adaptado de Safer et al. (2007).
--

## Caso 2

Antônia, de 33 anos, em uma consulta de psicoterapia, relatou que desde sua infância encontrava na comida a solução para seus problemas, e desde muito jovem brigava com a balança devido à obesidade.

Relato de um episódio de compulsão:

Antônia estava há cerca de dois meses vivendo na casa de sua mãe, após separar-se do marido. A separação era ainda um tanto difícil para ela que, quando lembrava do que havia deixado para trás, sentia uma tristeza intensa e pensamentos de que sua vida não servia para nada invadiam sua mente.

Ela estava na sala, em uma quinta feira à tarde, quando sua mãe, antes de retornar do intervalo de almoço para o trabalho, questionou sobre quando ela iria procurar um emprego e recomeçar sua vida. Ao escutar essa pergunta, Antônia sentiu-se cobrada. Ela percebeu que seu coração havia acelerado e uma sensação gelada invadia seu peito e estômago. Pensamentos como “eu não sirvo para nada”, “porque isso aconteceu comigo” e “eu não merecia ter me separado” não paravam de surgir. O desconforto era muito grande, mas Antônia estava percebendo que se respondesse para sua mãe, possivelmente teriam um conflito, piorando a situação. Ela optou, então, por baixar a cabeça e dizer que estava tratando disso em sua terapia. Foi diretamente para o banheiro e lavou seu rosto com água fria, instantaneamente aliviando um pouco do mal-estar que sentia. Ela lembrou que nesses momentos era útil se distrair para evitar um grande mal estar e correr o risco de ter um episódio de compulsão. Junto disso, sentiu medo de querer comer. A distração parecia-lhe a melhor saída.

*Aqui, Antônia é confrontada com uma situação que exige resposta imediata e mobiliza emoções intensas, com potencial de se desenvolver de modo destrutivo, o que configura uma situação de crise. Ela é capaz de descrever a situação para si mesma, reconhecendo os diferentes aspectos da emoção e do contexto, aplicando uma habilidade fundamental de regulação emocional que é a identificação da onda da emoção. Em seguida, usa habilidades de tolerância ao mal-estar para não gerar uma escalada que provavelmente levaria a um ou mais comportamentos problema.*

*Verifica-se aqui também a especial sensibilidade a estressores interpessoais, característica comum nos episódios de compulsão alimentar.*

Pegou seu celular, deitou-se no sofá e acessou suas redes sociais. Logo, deparou-se com uma postagem de sua ex-cunhada anunciando a nova integrante da família, uma jovem magra e sorridente abraçada no seu ex-marido. “Eu não acredito!” - exclamou. E correndo foi para a cozinha, abriu a geladeira e, mantendo a porta aberta, pegou um pote de leite condensado aberto e passou a virá-lo em sua boca, até o conteúdo acabar. Avistou um pudim de chocolate que estava pela metade - o mesmo que havia recusado comer uma hora antes.

*Mesmo com o uso de estratégias de tolerância ao mal-estar, Antônia se vê novamente confrontada com uma situação que desencadeia uma nova experiência emocional intensa. Já mais vulnerável em função do evento anterior, nesse momento as demandas da situação excedem seus recursos, passando do ponto de ruptura das habilidades, de modo que se engaja em um comportamento problema com função de atenuar a experiência emocional desagradável.*

Naquele momento, a sensação de prazer em sua boca parecia a única coisa a lhe reconfortar. Enquanto comia vorazmente o pudim, pensamentos que lhe diziam estar fazendo tudo errado surgiram. E, novamente, sentiu aquele frio no peito, o que foi a chave para notar que estava agindo impulsivamente. Era ainda mais intenso seu desconforto, mas Antônia notou que sentia uma velha sensação, de culpa e tristeza. Lembrou que estava agindo na mente emocional e que sua mente racional dizia que ela não deveria e tão pouco queria comer, estava muito satisfeita do almoço, o que justificava sua culpa. Foi quando, então, permitiu-se chorar. Ela foi sentindo que, junto das lágrimas, um peso saía, mas não sua tristeza, que seguia intensa em seu peito.

*Nesse momento, percebe-se a função de alívio e distração desempenhada pelo comportamento problema, e também se nota a emergência de consequências negativas, especialmente sentimentos de culpa em decorrência de haver recaído. Estando em tratamento e já tendo passado por situações semelhantes, as quais pôde analisar e considerar condutas alternativas, tornou-se possível a Antônia responder à emergência desses sentimentos com a lembrança de habilidades treinadas em terapia. A consciência do momento presente lhe permite reconhecer e acolher sua experiência emocional.*

Antônia seguia com vontade de comer e quando retornou para a geladeira, a lembrança de outra estratégia apareceu, poderia pegar gelos, e o fez. Segurando os gelos, foi até a pia da cozinha e lá ficou, sem conseguir pensar em nada além da dor que os gelos causavam em suas mãos, acalmando os desconfortos em seu peito, pensamentos e lembranças que antes estavam presentes. Ela sentiu, ali, que estava seguindo sua mente sábia em conseguir interromper mais um episódio de compulsão.

*Após fazer contato com a experiência emocional e reconhecer a diferença entre a mente emocional, racional e sábia, Antônia pode se conectar aos seus valores e identificar um curso de ação que lhe fosse efetivo para, ao mesmo tempo, aliviar seu sofrimento em curto prazo e contribuir para uma vida que lhe pareça valer a pena viver. Usando técnicas de modificação da fisiologia corporal, pode tolerar o mal-estar presente sem piorar as coisas para si. Assim, ela conseguiu interromper um ciclo de respostas de esquiva da experiência emocional que resultariam em mais culpa e sofrimento, e que poderia durar muito tempo. Ao tomar contato com suas emoções, reconheceu que sua necessidade atual não era por alimento, e sim por alívio do desconforto emocional.*

#### *Considerações finais*

A compulsão alimentar é uma condição complexa, que envolve múltiplos fatores em sua origem e manutenção. Atualmente é bastante estabelecido que a regulação emocional é uma parte importante do fenômeno, de modo que as abordagens terapêuticas voltadas a auxiliar pessoas com compulsão devem abordar esse aspecto. A Terapia Comportamental Dialética é uma modalidade de intervenção terapêutica comportamental com sólida evidência de efetividade em uma diversidade de condições de saúde mental nas quais as dificuldades com a regulação emocional subjazem às diferentes manifestações clínicas e perfis sintomáticos.

Com sua ênfase no processamento emocional e no desenvolvimento de estratégias alternativas de autorregulação, a DBT é uma forma de terapia adequada para o trabalho com pessoas com compulsão alimentar, auxiliando na redução da sintomatologia e também no desenvolvimento de recursos comportamentais que possibilitem aos pacientes construir para si uma vida melhor. A literatura internacional tem demonstrado a eficácia das intervenções em DBT para essa

população, com expansões teóricas ao modelo tornando-a mais adaptada às necessidades das pessoas que sofrem com compulsão alimentar.

Recentemente os primeiros estudos com populações brasileiras têm mostrado resultados promissores e espera-se que ao longo dos próximos anos mais produção científica seja realizada acerca da adaptação desse modelo ao contexto brasileiro. Demonstrou-se aqui que se trata de uma abordagem consistente e com grande potencial para uso na promoção de melhor qualidade de vida à população que sofre com problemas relacionados a esse distúrbio alimentar.

#### *Referências bibliográficas*

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. (2016) Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 18 (1) 45 – 58.

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, XVIII(1), 45–58.

Aldao, A., & Christensen, K. (2015). Linking the Expanded Process Model of Emotion Regulation to Psychopathology by Focusing on Behavioral Outcomes of Regulation. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2015.962399>.  
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.962399>

Ambwani, S., Roche, M. J., Minnick, A. M., & Pincus, A. L. (2015). Negative affect, interpersonal perception, and binge eating behavior: An experience sampling study. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 715–726.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model

- of binge eating and loss of control over eating in women. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 43–50.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196–215.
- Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27(8), 923–943.
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2017). Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change: Journal of the Australian Behaviour Modification Association*, 34(03), 168–198.
- Cancian, A. C. M., de Souza, L. A. S., Liboni, R. P. A., Machado, W. de L., & Oliveira, M. da S. (2017). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders: EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2>
- Cancian, A. C. M., Souza, L. A. S., Barros, S. S., Garrido, T. L., & Oliveira, M. S. (2017). Análise qualitativa de uma intervenção para obesos com dificuldades na regulação emocional. *Manuscrito Não Publicado*.
- Claudino, A. de M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(suppl 3), 07–12.
- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Shonin, E., Grossi, E., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotionally focused group therapy and dietary counseling in

- binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*, 71, 361–368.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Dornelles, V. G., & Sayago, C. B. W. (2015). Terapia Comportamental Dialética: princípios e bases do tratamento. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração* (p. 455). Novo Hamburgo: Synopsys.
- Eichen, D. M., Chen, E., Boutelle, K. N., & McCloskey, M. S. (2017). Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters. *Appetite*, 111, 1–6.
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348–362.
- Goldschmidt, A. B., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Le Grange, D., ... Mitchell, J. E. (2012). Momentary Affect Surrounding Loss of Control and Overeating in Obese Adults With and Without Binge Eating Disorder. *Obesity*, 20(6), 1206–1211.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. Guilford Press.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D., &

- Bissada, H. (2015). Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: a test of the interpersonal model. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 23(2), 133–138.
- Javaras, K. N., & Hudson, J. I. (2015). Epidemiology of Eating Disorders. In *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–5).
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S., & Forman, E. M. (2017). A pilot study of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 1–7.
- Kittel, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 535–554.
- Klein, A. S., Skinner, J. B., & Hawley, K. M. (2013). Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT. *Psychotherapy*, 50(4), 543–552.
- Lavender, J. M., Utzinger, L. M., Cao, L., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Crosby, R. D. (2016). Reciprocal associations between negative affect, binge eating, and purging in the natural environment in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 381–386.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125–134.

- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline: Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta*. Artmed Editora.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o terapeuta*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Manasse, S. M., Espel, H. M., Forman, E. M., Ruocco, A. C., Juarascio, A. S., Butryn, M. L., ... Lowe, M. R. (2015). The independent and interacting effects of hedonic hunger and executive function on binge eating. *Appetite*, 89, 16–21.
- Manasse, S., Murray, H. B., & Juarascio, A. (2016). Internalizing Symptoms, Affect Reactivity, and Distress Tolerance in Eating Disorders. In *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–4). Singapore: Springer Singapore.
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*, 52(3), 545–553.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2015). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. L. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 491–507). Guilford Press.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839.
- Nunes-Costa, R. A., Lamela, D. J. P. do V., & Gil-Costa, L. (2009). Theory and efficacy of dialectical behavior therapy of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 122–127.
- Ranzenhofer, L. M., Engel, S. G., Crosby, R. D., Anderson, M., Vannucci, A., Cohen, L. A., ... Tanofsky-Kraff, M. (2014). Using ecological momentary assessment to

- examine interpersonal and affective predictors of loss of control eating in adolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 748–757.
- Safer, D. L. (2015). Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Eating Disorders. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–7). Springer Singapore.
- Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157–167.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. Guilford Press.
- Shank, L. M., Crosby, R. D., Grammer, A. C., Shomaker, L. B., Vannucci, A., Burke, N. L., ... Tanofsky-Kraff, M. (2017). Examination of the interpersonal model of loss of control eating in the laboratory. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 36–44.
- Smith, D. G., & Robbins, T. W. (2013). The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model. *Biological Psychiatry*, 73(9), 804–810.
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 42(165-6).
- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Trentowska, M., Caffier, D., & Naumann, E. (2014). Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: Effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 39–46.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de

personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108–118.

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 17(6), 408–425.

Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 131–138.

## **Seção empírica**

Nesta seção, apresentam-se dois artigos empíricos que serão posteriormente submetidos a periódicos científicos. No primeiro artigo, expõe-se um estudo quantitativo focado na avaliação da efetividade e manutenção de efeitos de uma intervenção baseada na TCD para pessoas com obesidade. Os desfechos avaliados nesta investigação são comer emocional, comer compulsivo e comer intuitivo e comer *mindful*. No segundo artigo, apresenta-se um estudo qualitativo acerca da experiência de participantes da intervenção, no que concerne aos efeitos percebidos, obstáculos e facilitadores do aproveitamento do tratamento. Trata-se de um estudo que fez uso de entrevistas semidirigidas analisadas por meio da técnica de análise temática indutiva.

*Artigo 1: Problematic and adaptive eating in obese people after a DBT based skills training intervention: 3 and 8-month follow-up.*

*Abstract*

Background and Objectives: Dialectical Behavior Therapy conceptualizes problematic behaviors as attempts to regulate emotions, occurring when the individuals has a lack of effective skills to manage emotions and to cope with distress. Binge eating is one kind of problematic behaviors that may serve to alleviate aversive emotional states. DBT skills training has been proved effective to reduce binge eating in several clinical studies. Few studies have shown the effect of DBT on adaptive eating behaviors, and in the stability of the outcomes. Objectives: this study aimed at testing the effect of a brief DBT based skills training intervention, and the stability of the outcomes at 3 and 8 month follow-up. Methods: self-report measures of Binge Eating, Emotional Eating, Intuitive Eating and Mindful Eating were taken on 5 timepoints before and after a 10-session DBT skills training intervention (two baseline measures, one post-test and two follow-ups). Data were analyzed with a mixed model intention-to-treat approach. Results: after the intervention, intuitive eating and mindful eating scores were significantly higher than before the intervention, while emotional eating and binge eating scores were lower. Results remained stable during the first follow-up outcome, with minor fluctuations and small trends towards returning to baseline values in binge eating and emotional eating at the 8 month follow-up. Limitations: given that results are entirely based on self-report measures, that and some instruments showed poor reliability, besides the high attrition rates, results should be taken cautiously. Conclusions: the results give support to the hypothesis that a DBT brief intervention is effective not only in reducing problematic eating, but also in increasing adaptive eating, achieving reasonably stable results. Yet, more research is needed, especially using different assessment methods and mediational designs in order to draw stronger conclusions regarding effectiveness and mechanisms of action of DBT for problematic eating.

## Keywords

DBT, Emotional Eating, Mindful Eating, Intuitive Eating, Binge Eating

### *Introduction*

Dialectical Behavior Therapy [DBT] was originally developed to treat individuals with pervasive emotional dysregulation, however its modularity facilitated adapting the treatment to other populations, with skills modified to clinical needs, like those of individuals with problematic eating behaviors (Linehan & Wilks, 2015; Safer, Telch & Chen, 2009). The rationale behind these adaptations is the conceptualization of problematic behaviors as attempts to regulate intense emotional states, combined with a lack of effective skills to manage emotions and everyday life problems, as well as to tolerate distress (Linehan, 1993). The affect regulation model proposes that binge eating behaviors can serve as a form of alleviation of unpleasant emotions, being negatively reinforced at long term (Polivy & Herman, 1993).

DBT Skills Training flourished as a standalone treatment, including in the population with binge eating and other eating related problems (Valentine et al., 2015). Studies with DBT Skills Training adapted to problematic eating behaviors started in 2001, with the studies conducted by Safer et al (2001) with bulimic women and by Telch et al (2001) with women with binge eating. Both studies compared skills group with wait list control conditions, and found promising results on decrease of binge/purge behaviors (Safer, Telch, & Agras, 2001) and eating pathology, including reducing binge episodes in 89% of the DBT group at the end of the intervention (Telch, Agras, & Linehan, 2001). At 6-month follow up, 56% of the DBT sample remained abstinent from bingeing (Telch, Agras, & Linehan, 2001).

Pilot studies also investigated the effect of DBT Skills Training on problematic eating behaviors and binge eating in obese individuals, suggesting that skills training might reduce levels of emotional eating (Roosen, Safer, Adler, Cebolla, & Van Strien, 2012), improve mood and decrease binge eating in obese individuals that regained weight after bariatric surgery (Himes et al, 2015). They have also been found to decrease binge eating in patients seeking weight management services (Mushquash & McMahan, 2015). Cancian and colleagues (2017) found that an adapted DBT Skills Training intervention decreased binge and emotional eating in obese individuals at

post treatment in comparison with wait list condition, although the large and medium effect sizes found were not statistically significant. Additionally, a study by Soleimani and colleagues (2012) found positive effects of DBT skills group on self-esteem in women with BED compared to a waitlist control condition.

A randomized controlled trial conducted by Safer and colleagues (2010) compared group sessions of DBT to an Active Comparison Group Therapy [ACGT], and monitored effects at 3-,6- and 12-month follow up. Individuals with Binge Eating Disorder [BED] (n = 101) were randomly assigned to DBT-BED (n = 50) or ACGT (n = 50). Results by Linear Mixed Models showed that at post treatment the abstinence rate to DBT-BED was 64%, 51% at the 3-month follow-up, 52% at the 6-month follow-up, and again 64% by the 12-month follow-up. Compared to ACGT, abstinence on DBT-BED group was achieved more rapidly, however the significant differences did not persist at follow up, suggesting that both treatments are effective (Safer, Robinson, & Jo, 2010).

Research also indicates that specific profiles of binge eaters respond better to DBT than to active control condition, especially individuals with early onset of dieting or overweight and with avoidant personality disorders (Robinson & Safer, 2012). A randomized clinical trial for early weak responders with BED and Bulimia compared DBT, Cognitive Behavioral Therapy [CBT] and guided self-help cognitive behavior therapy [cGSH]. Results showed that, for early weak responders to cGSH, binge frequency decreased at post treatment with DBT but the positive effects decreased at follow up, although participants continued behaving at non clinical range after the intervention. Although, the evidence was not sufficient to prove DBT superior efficiency compared to the other options (Chen et al., 2016).

A systematic review and meta-analysis examined the empirical status of third-wave behavior therapies for treatment of eating disorders, including DBT. The meta-analysis found large post treatment effects after DBT, comparable with other third wave therapies. Nonetheless, the available data do not give full support to DBT efficacy over CBT for treatment of eating disorders. The recommendation of this study is to continue investigating the effects of DBT both compared to other treatments and at long term, identifying profiles that might respond better to the intervention (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley, and Brennan, 2017).

Given that the rationale behind DBT is to create and generalize alternate skills to deal with problematic behaviors (Linehan & Wilks, 2015), it is also necessary for researchers to investigate if DBT skills training can develop adaptive skills and more effective behaviors. Mindfulness skills are the core of the treatment program and their main objective is to increase awareness of the present moment without critical self-consciousness or judgment, replacing mindless eating, binge and emotional eating and other problematic eating behaviors. Mindfulness are also the foundation of other skills, as one must be mindful to decide what is a skillful behavior and what is not (Safer, Telch, & Chen, 2009).

Mindful eating can be defined as a non-judgmental awareness of physical and emotional sensations associated with eating (Framson et al., 2009). DBT conceptualizes Mindful Eating as participating in the present moment with full awareness when eating, using the Mindfulness “What” skills of Observe, Describe and Participate (Safer, Telch, & Chen, 2009). Mindfulness is also related to the concept of intuitive eating, which describes the tendency of an individual to be observant of body signals and emotions, and to eat accordingly to physical hunger and satiety cues rather than emotions and rigid rules about “right” and “wrong” types of food. Intuitive eating encourages the pleasure derived from eating, along with a healthy relationship with food, mind and body, also encompassing mindfulness components of acceptance and awareness (Tribole & Resch, 2012). A study by Duarte and colleagues (2016) found that intuitive eating significantly moderated the relationship between negative affect and binge eating, suggesting that increased levels of intuitive eating might buffer the effect of depressive symptoms on binge eating. Mindful eating and intuitive eating have been found to be inversely associated with binge and emotional eating (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014).

A pilot study investigated the effect of an adapted DBT Skills Training intervention for obese individuals on intuitive and mindful eating and found large effect sizes for intuitive eating at posttest. Mindful eating, on the other hand, slightly decreased after the intervention, although the results were not statistically significant (Cancian, de Souza, Liboni, Machado, & Oliveira, 2017).

Even though there is evidence of DBT as an effective treatment in addressing disordered eating behaviors and other related problems (Bankoff, Kappel, Forbes, &

Pantalone, 2012), there is still a need to investigate whether the effects of DBT Skills Training are longlasting and what is the effect on adaptive eating behaviors at long term.

### *Material and Methods*

#### Participants

Participants were recruited from the community via an open call on the research group's social networks (WhatsApp and Facebook). The call consisted on an invitation for obese people who were interested in participating in a research on a treatment that focused on the emotional aspects related to obesity. Inclusion criteria were (i) BMI greater than 30, (ii) adults aged between 18 and 59 years and (iii) having at least 8 years of formal study. Participants presenting any of the following: (i) psychotic symptoms, (ii) active suicidal ideation or suicide attempt over the last year, (iii) substance use disorders and (iv) previous experience receiving any treatment with DBT components were excluded from the study and received further treatment referral when necessary. Exclusion criteria were assessed by the DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult (Narrow et al., 2013). After inclusion, participants were randomly assigned to the intervention group or to a waiting list. Participant recruitment, inclusion and exclusion criteria, initial assessment and randomization are further detailed in the study by Cancian and colleagues (2017).

After screening for inclusion and exclusion criteria, the total sample for the study comprised 121 individuals. Participants who were previously randomized to a waiting list condition have all received the intervention after two months. Thus, all participants ended up having received the same treatment, which started immediately for the intervention group, and delayed in two months for the waiting list group. Participants were asked to fill-in post test questionnaires and follow up assessments 3 and 8 months after the end of the intervention. Follow up assessments were held on a digital survey platform (Qualtrics). Data from participants in both conditions were pooled together for all analyses in the current study, with the additional measurement occasion held with the waiting list group configuring an extended baseline which allowed for testing measurement stability.

The study was approved by a Local Research Ethics Committee. All participants

agreed to voluntary participation by signing an informed consent. There was no financial compensation for participation.

#### Assessments

Except for sociodemographic (collected at baseline only), all questionnaires were administered at baseline, posttreatment, 3 and 8 months following treatment. Participants who were assigned to waiting list condition had two baseline assessments.

#### Measures of problematic eating behavior

**Emotional Eating Scale (EES; Arnow et al., 1995):** The scale has 25-item with 3 subscales encompassing feelings in the domains of Anger, Anxiety and Depression. Respondents are asked to rate the urge to eat when experiencing different types of feelings, using a 5-point Likert scale ranging from “1 - no desire to eat” to “5 - an overwhelming urge to eat”. The total score can range from 0 to 100 and higher scores indicate greater levels of emotional eating. The EES had an adequate internal consistency on the original validation ( $\alpha = .81$ ) (Arnow et al., 1995). The scale’s internal consistency ranged from  $\alpha = .92$  to  $\alpha = .98$  on the present sample, with good test-retest stability (ICC = .84)

**Binge Eating Scale (BES; Gormally et al., 1982):** The scale is a 16-item self-report measure with 3 or 4 options of increasing severity regarding eating behaviors and cognitions, and can be used to assess binge eating symptomatology and behaviors. Higher scores indicate more severe binge eating attitudes. The BES also provides a classification of binge eating severity based upon participants scores: Mild/No Binge Eating (0–17), Moderate Binge Eating (18–26), and Severe Binge Eating (27–46). The differences between Moderate and Severe Binge Eating is the degree and frequency of loss of control over eating urges and the severity of the emotional consequences of overeating. The BES showed high internal consistency scores on the initial validation ( $\alpha = .85$ ), as well as in the present study, where alphas ranged from  $\alpha = .85$  to  $\alpha = .92$ , with test-retest stability of ICC = .60.

#### Measures of adaptive eating behavior

**Intuitive Eating Scale-2 (IES-2; Tylka & Kroon Van Diest, 2013):** The scale is a 23-item self-report that includes 4 dimensions. The dimension of Eating for Physical Rather than Emotional Reasons represents individuals' patterns of eating, separating if eating is driven by physical hunger or to cope with emotional distress, like anxiety, loneliness

or boredom. The dimension of Unconditional Permission to Eat reflects individuals' willingness to eat when hungry and a tendency to refuse labelling foods as forbidden, good or bad, based on arbitrary criteria or strict dietetic norms. The dimension Reliance on Hunger and Satiety Cues represents individuals' reliance in their internal hunger and satiety cues to guide eating behavior. Finally, the dimension of Body-Food Choice Congruence reflects the tendency for individuals to make food choices that are aligned to their health and body functioning, choosing foods that enable body performance as well as taste good. Items are rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (Strongly disagree) to 5 (Strongly agree). Higher scores indicate greater levels of intuitive eating. The IES-2 has high internal consistency ( $\alpha = .87$ ) (Tylka & Kroon Van Diest, 2013), while internal consistency on the sample ranged from  $\alpha = 0.61$  to  $\alpha = 0.74$ , and stability was low (ICC = .29).

Mindful Eating Questionnaire (MEQ; Framson et al. 2009): The self-report questionnaire is a 28-item assessing 5 domains of mindful eating. The domain of Disinhibition assesses the inability to stop eating even when full. The External Cues domain reflects eating in response to external environmental cues. The Awareness domain assesses the awareness and attention to the moment of eating and appreciation of the effects of food on the senses. The domain of Emotional Response reflects when eating is triggered by negative emotional states. Finally, the Distraction domain assesses how much the individual focuses on other activities while eating. The questionnaire uses a Likert type 4-point scale that ranges between "never / rarely" and "almost always / always". The original questionnaire has an average internal consistency ( $\alpha = .64$ ) (Framson et al., 2009), while internal consistencies observed in the sample ranged from  $\alpha = .74$  to  $\alpha = .88$ , and test-retest stability was excellent (ICC = .89).

### Data analysis

As previously described, data from all participants were pooled together to test the maintenance of effects. Thus, while participants from the intervention group had pre-test, post-test and follow up measures, those from the waiting list had an additional measurement occasion, which is indicated as waiting list pre-test. This setup mimics

an extended baseline design, allowing then to test the stability of the relevant outcomes before and after the intervention.

The data analytic strategy began with an initial data exploration, aimed at providing detailed insight on the observed course of outcome variables. Means and standard errors were plotted for each variable through time, using the within-subject standard error formula implemented on the *Rmisc* package (Hope, 2013), based on Morey (2008). Plots were generated using the *ggplot2* package (Wickham, 2009).

Following the data exploration, the effects of time and intervention were tested on each of the relevant outcomes. Adaptive and problematic eating outcomes were analyzed using a Linear Mixed Models approach. This approach is advantageous for its ability to account for within-subject correlation, as well as to include subjects with missing data. By using this approach, all subjects could be included in the analysis, regardless of having missing data on some point, configuring an Intention to Treat approach (Chakraborty & Gu, 2009).

In order to test different hypothesis, three alternative models were assessed for model fit based on the Akaike Information Criterion (AIC). All models had the subject ID variable as a random factor. The first model tested the effect of time, while the second one tested the effect of intervention on the outcomes, and the third one tested both the effect of intervention and the interaction between time and intervention. The first model tests the hypothesis that any change in outcomes is due to natural growth, while the second one tests the intervention as an explanatory factor for the observed changes, and the third one tests whether the effects last through follow up or decrease with time.

The analysis was conducted using the *lme4* (Bates, Mächler, Bolker, & Walker, 2015) package for the R statistical programming framework (R Core Team, 2017). As an additional measure of model fit, conditional and marginal coefficients of determination were estimated using the MuMIN package (Barton, 2017). These are based on the method proposed by Nakagawa and Schielzeth (2013), where marginal r-squared ( $R^2_m$ ) represents the variance explained by the fixed factors in the model, while the conditional r-squared ( $R^2_c$ ) represents the total variance explained by both the fixed and random effects in the model. Confidence intervals and p-values for the

unstandardized regression coefficients were computed using the Wald approach, as implemented by the sjstats package (Lüdeke, 2017).

### Intervention

Treatment involved 10 two-hour sessions, held twice a week in groups ranging from 5 to 8 participants. The intervention comprised three modules (two Mindfulness sessions, five Emotion Regulation sessions and three Distress Tolerance sessions), in conformity with other skills training protocols that targeted problematic eating behaviors and obesity (Roosen, Safer, Adler, Cebolla, & Van Strien, 2012; Safer et al., 2010; Telch et al., 2001). The ten sessions followed a standardized outline described in more detail elsewhere (Cancian, Souza, Liboni, Machado & Oliveira, 2017).

### Results

#### Sample Characteristics

The sample consisted of 121 adults, 95% women ( $n = 115$ ), with a mean age of 38.49 years ( $SD = 10.54$ ) and average BMI of 38.56 kg/m<sup>2</sup> ( $SD = 5.98$ ). Regarding marital status, most participants were married or common-law (57.9%,  $n = 70$ ), followed by single (27.3%,  $n = 33$ ) and divorced (9%,  $n = 12$ ). One participant was widowed and 4.1% declared other status ( $n = 5$ ). Most of the sample had at least post secondary education (47.1%,  $n = 57$ ) or completed secondary education (26.4%,  $n = 32$ ). Around fifteen percent had less than secondary education ( $n = 18$ ) and 11.6% had graduate education or higher ( $n = 14$ ). Roughly sixty nine percent of participants declared an income of 1 to 2 Brazilian minimum wages ( $n = 84$ ), 23.1% declared 3 to 4 minimum wages ( $n = 28$ ) and the minority declared 5 or higher (5.8%,  $n = 7$ ). More than a half of the sample was employed ( $n = 72$ ), followed by homemakers (12.4%,  $n = 15$ ) and students (10.7%,  $n = 13$ ). Four participants referred being retired (3.3%) and 14% referred other occupation ( $n = 17$ ).

At baseline, around half of participants declared having a health problem (51.2%,  $n = 62$ ) and having already attended to psychological or psychiatric treatments (54.5%,  $n = 66$ ). The majority had attended to weight loss treatments in the past (72.7%,  $n = 88$ ) and were not currently exercising (62%,  $n = 75$ ).

## Eating behavior outcomes

The correlations between intuitive eating, emotional eating, mindful eating and binge eating were all significant and of large magnitude. The direction of the association between variables reflected what was expected theoretically, confirming the proposed differentiation between adaptive and problematic eating behaviors. Table 1 shows the correlation coefficients indicating association between the outcome variables. Correlations were computed using data from all timepoints. These results give additional evidence regarding the relevance and validity of the explanatory models of binge eating on this sample. Moreover, by providing additional evidence of validity by relation to relevant external variables, these results also attenuate possible threats to the study's internal validity due to the low internal consistency found on some questionnaires.

**Table 1**

	Emotional Eating	Mindful Eating	Intuitive Eating	Binge Eating
Emotional Eating	—	-0.57*	-0.49*	0.59*
Mindful Eating		—	0.52*	-0.69*
Intuitive Eating			—	-0.57*
Binge Eating				—

Pearson correlation coefficients for the association among outcomes

Note. \*  $p < .001$

The trajectories of the outcomes through time show an improvement on adaptive eating and decrease in problematic eating behaviors right after the intervention. Although, the plots do show a slight tendency towards returning to baseline values at the 8 months follow-up. Figures 1 and 2 show the trajectories of each outcome variable through all 5 timepoints, while table 2 shows the means and confidence intervals for all timepoints. The mixed model analysis of concurrent models revealed that the model with intervention as sole predictor had the best fit for all variables, with the one including an interaction term failing to significantly improve explanatory power. In this scenario, it is possible to say that the data is more compatible with the hypothesis of maintenance of maintenance of effects than with the hypothesis of no intervention effect or the third hypothesis of deterioration through

time. Nonetheless, these results should be taken cautiously given the considerable reduction in sample size that occurred throughout the study. Following, results are presented divided in two groups: *problematic eating behaviors* and *adaptive eating behaviors*.

**Table 2**

	Waiting list pre-test	n	Pre-test	n	Post-test	n	3 months	n	8 months	n
Emotional Eating - EES										
Total	2,24 (2 - 2,48)	50	2,16 (1,96 - 2,36)	71	1,47 (1,1 - 1,84)	25	1,56 (1,21 - 1,91)	19	1,73 (1,36 - 2,1)	12
Intuitive Eating - IES										
Total	2,77 (2,67 - 2,87)	51	2,74 (2,66 - 2,82)	67	3,13 (2,97 - 3,29)	26	3,15 (2,97 - 3,33)	19	3,21 (3,01 - 3,41)	14
Mindful Eating - MEQ										
Total	2,43 (2,35 - 2,51)	51	2,41 (2,33 - 2,49)	67	2,63 (2,47 - 2,79)	26	2,68 (2,54 - 2,82)	19	2,7 (2,54 - 2,86)	14
Binge Eating - BES										
Total	24 (21,41 - 26,59)	48	24,23 (21,94 - 26,52)	61	16,44 (12,85 - 20,03)	25	16,06 (11,96 - 20,16)	18	18,62 (13,33 - 23,91)	13

#### Problematic eating behaviors

All of the problematic eating behaviors assessed showed improvement trends after the intervention, with significant reductions in emotional eating and binge eating. Figure 1 shows reference lines for binge severity ratings, according to the BES recommended interpretation. It shows that, right after the intervention, average scores were below the threshold for moderate binge and remained on this level after three months, with an upwards trend appearing at follow-up. Nonetheless, such trend could not be corroborated by the linear models, given that the model with the interaction term did not show superiority to the simpler ones for any of the variables.

The intervention effect followed the expected direction for all variables, as can be seen by the negative regression coefficients for binge eating ( $B = -8.28$ ,  $p < 0.001$ ), and emotional eating ( $b = -0.54$ ,  $p < 0.001$ ). The amount of variance in binge eating scores that was explained by the intervention was around 15%, with the total model including variance due to subject explaining approximately 67% of the variance ( $R^2_m = 0.154$ ,  $R^2_c = 0.672$ ). The amount of variance explained in emotional eating scores was 8.3%, with the whole model explaining 62% of the total variance in this outcome ( $R^2_m = 0.083$ ,  $R^2_c = 0.624$ ).

### Adaptive eating behaviors

The adaptive eating outcomes showed a rather similar trajectory, only in the inverse direction. The plots show noticeable improvements after the intervention, both in Intuitive Eating and in Mindful Eating, with no change between the pretest measures. No trend towards baseline could be detected on either of the adaptive eating measures.

Figure 1

Means and 95% CIs for problematic eating outcomes.

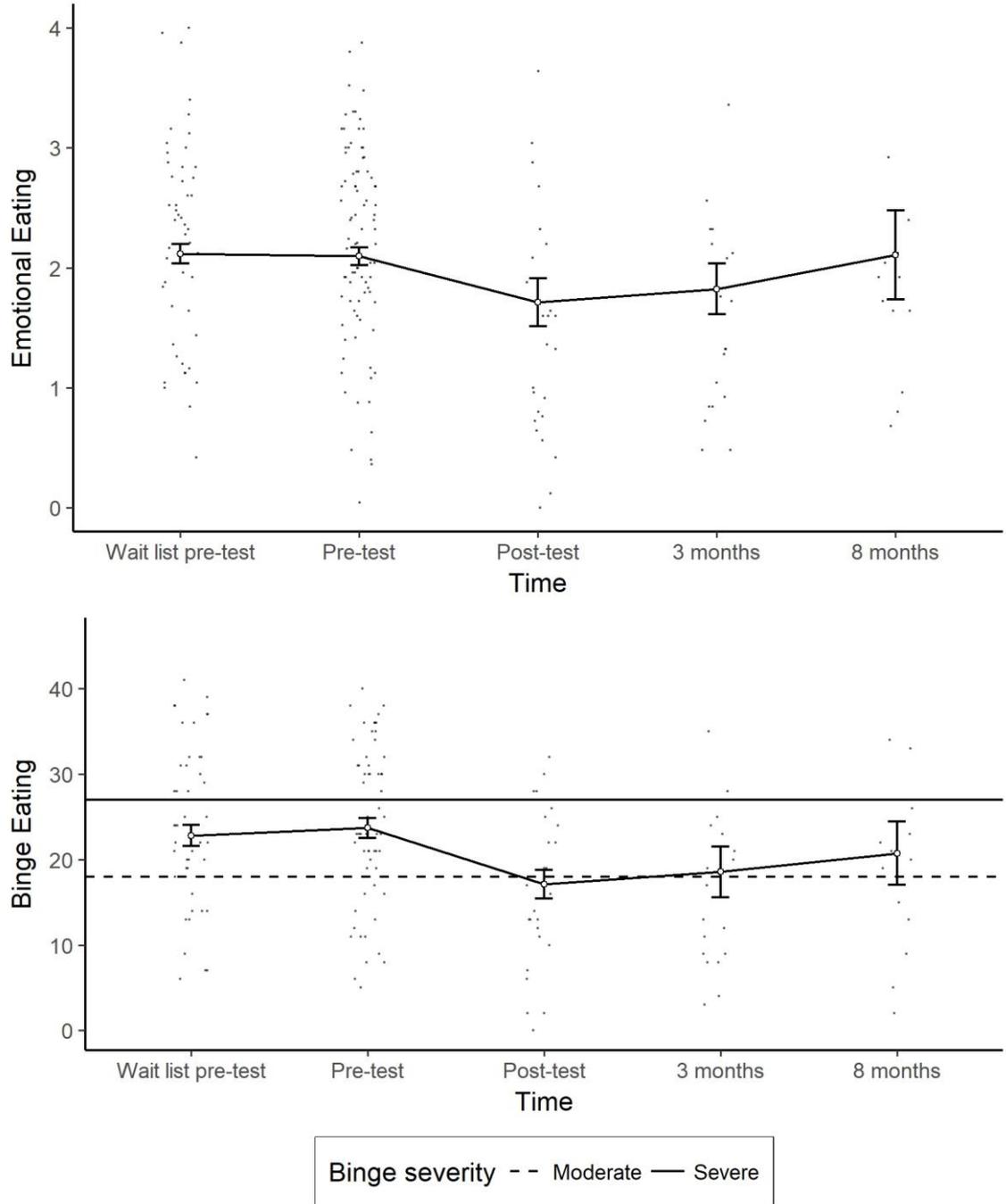
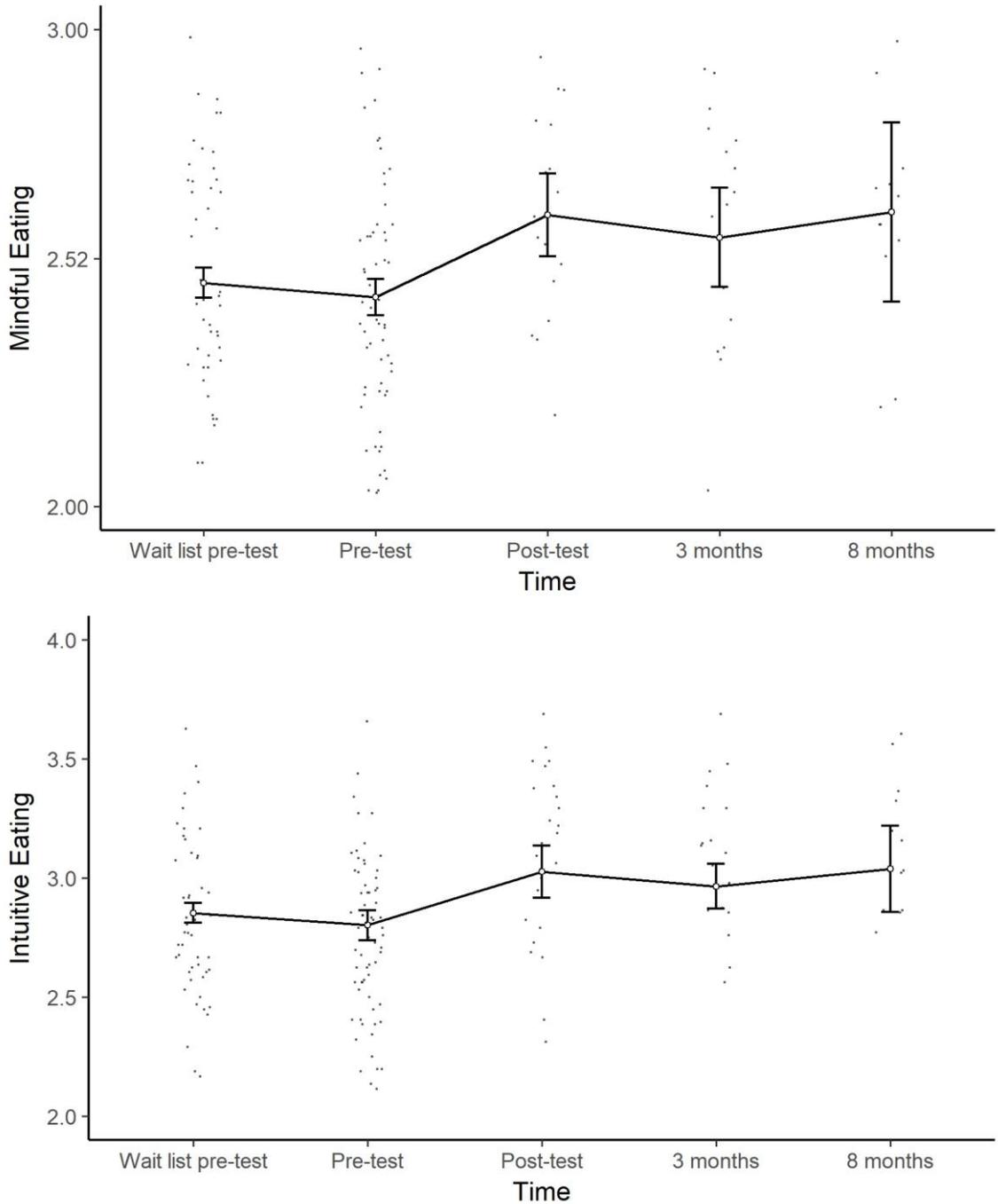


Figure 2

Means and 95% CIs for adaptive eating outcomes.



The linear mixed model analysis shows an effect of the intervention both on intuitive eating ( $b = 0.37$ ,  $p < 0.001$ ) and on mindful eating ( $b = 0.25$ ,  $p < 0.001$ ). The intervention explained approximately 18% of the total variance, while the full model

explained 49% of the total variance in Intuitive Eating Scores ( $R^2_m = 0.176$ ,  $R^2_c = 0.495$ ), and 11% of the variance in mindful eating scores was explained by the intervention, while 59% was explained by the full model ( $R^2_m = 0.111$ ,  $R^2_c = 0.596$ ).

**Table 3**

	EES - Emotional Eating			BES - Binge Eating			MEQ - Mindful Eating			IES - Intuitive Eating		
	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p
<b>Fixed Parts</b>												
(Intercept)	2.19	2.03 – 2.35	<.001	24.39	22.57 – 26.21	<.001	2.42	2.36 – 2.49	<.001	2.74	2.67 – 2.81	<.001
Int	-0.54	-0.75 – -0.33	<.001	-8.28	-10.58 – -5.98	<.001	0.25	0.16 – 0.33	<.001	0.37	0.26 – 0.47	<.001
<b>Random Parts</b>												
$\sigma^2$		0.289			32.824			0.050			0.085	
$\tau_{00, ID}$		0.417			51.855			0.060			0.054	
$N_{ID}$		105			95			100			100	
ICC <sub>ID</sub>		0.590			0.612			0.546			0.387	
Observations		177			165			177			177	
$R^2 / \Omega_0^2$		.083 / .624			.154 / .672			.111 / .5961			.176 / .495	

B: unstandardized regression coefficients; CI: 95% confidence intervals are computed using the Wald method; p: p-values obtained using Wald statistic  $\sigma^2$ : within group variance;  $\tau_{00, ID}$ : between group variance; ICC: Intraclass correlation coefficient;  $R^2_m$ : marginal r-squared (variance explained by fixed

## Discussion

The results of the present study indicate improvements in adaptive eating along with decrease in problematic eating behaviors. Both emotional eating and binge eating scores have decreased significantly after the intervention. It is noteworthy that average binge eating scores fell below the clinical threshold at post-test and remained near this threshold throughout the follow-up assessments. Only four participants were on the severe binge category at post-test, while at follow-up, only two participants were on this category. The dimensions of intuitive eating represent adaptive characteristics that seem to have improved after the intervention. This improvement was sustained at follow up. Intuitive eating encompasses abilities to be aware of physical cues of hunger and satiety, using physical cues rather than emotional ones to decide when to eat, as well as making food choices that are congruent with body health needs rather than with arbitrary rules or diets (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Regarding intuitive eating, the model of the intervention explained 18% of the variance. In line with these results, mindful eating was also found to have improved with the intervention. For mindful eating, the intervention model explained 11% of the variance. The domain of mindful eating assesses an individual's adaptive abilities to stop eating when full, to refrain

from eating in response to emotional states, to be aware of environmental cues that evoke eating behavior, to notice when mindless eating and to be aware of the effects of food on the senses (Framson et al., 2009). Therefore, these results are theoretically consistent with the rationale underlying the proposal of DBT as an intervention to tackle problematic eating. It was expected that individuals could learn other skills to deal with emotions so that they would rely less on eating as a coping strategy. Also, the results support the hypothesis that mindfulness skills would help to develop a better awareness of the context surrounding eating behaviors, including the act and taste of eating.

Safer and colleagues (2009) suggest that turning to food in response to emotional dysregulation often is automatic, and that mindfulness skills can empower the individual to break the link between emotions and automatic eating. When practicing mindfulness, the idea is to acknowledge and fully accept any emotional state, as it arises and passes away, without trying to avoid or escape by mindlessly eating or bingeing (Safer, Telch, & Chen, 2009). That is consistent with the improvements found in this study, given that after the intervention, individuals felt they were less prone to turn to food when emotional than they were before, and were more aware of different aspects of eating.

The observed improvements in adaptive eating suggest also that the contexts that influence eating behavior might have changed, being more related to internal cues and bodily functions than before, and less dependent on mood and affect. Other intervention studies that targeted mindfulness in order to tackle problematic eating have shown results consistent with the evidences found in the present study (Dalen et al., 2010; Kristeller & Hallett, 1999).

Since DBT is an intervention that, apart from developing mindfulness skills, also promotes the acquisition of more effective emotion regulation strategies, it was hypothesized that not only mindfulness skills would increase, but also emotional eating behaviors would become less frequent, given the expected broadening on the individual's emotion regulation repertoire. Indeed, the data shows that emotional eating has decreased following the intervention, and the high negative correlation between adaptive and problematic eating behaviors suggest that less binge eating is associated with a more open, diverse and flexible attitude towards eating, which is exactly the goal

of the proposed intervention. Moreover, it has been demonstrated that the influence of mindfulness in actual eating behavior might be mediated by emotional reactivity (Beshara, Hutchinson & Wilson, 2013). This is in line with what is proposed in DBT skills training, where mindfulness skills are considered the base upon which emotion regulation skills and other relevant skillful behaviors are grounded (Linehan, 2015). Thus, by simultaneously targeting emotion regulation strategies and mindfulness abilities, DBT provides an effective framework for rapid behavior change. These claims should be further evaluated in future research with mediational designs, testing the role of mindfulness, intuitive eating and other relevant variables in affecting change on problematic eating behavior. Other studies using DBT interventions for different kinds of emotional problems show that DBT skills use mediates the outcomes (Neacsiu, Eberle, Kraemer, Wiesman, & Linehan, 2014). Future studies should investigate whether the same skills set mediates the effect of DBT on eating related problems.

Taking into account the considerable amount of attrition throughout the study, the possibility that the observed improvements are related to a selection bias cannot be entirely ruled out. The use of an intention-to-treat approach, implemented via the mixed model analysis attenuates this bias, but it does not remove it entirely. One way to test the hypothesis of selection bias would be determining whether baseline characteristics and participants' outcomes predict dropout. Future research could also benefit from integrating the early assessment of known predictors of dropout such as weight loss expectancy, social support and practical issues like geographical distance from the intervention site and financial difficulties (Moroshko, Brennan & O'Brien, 2011).

Another limitation in this study is in its reliance on self-report questionnaires for all outcomes. Even though these instruments are generally able to capture the occurrence and intensity of the behaviors of interest, they still rely on the participant's ability to fully understand what is being asked, as well as their ability to accurately describe their own behavior in retrospect, which might be influenced by a myriad of factors like emotional states, literacy and social desirability concerns. The low internal consistency and temporal stability found in the intuitive eating scale suggest that results on this variable should be taken even more cautiously.

## Conclusions

In conclusion, the present study does provide evidence that a brief intervention focused on emotion regulation can be effective to increase adaptive eating, especially mindful eating, and decrease problematic eating behaviors. Results are comparable to what has been found in longer interventions, and were stable for the 3 months following the skills training. Evidence regarding stability at 8 months follow up, however, is less conclusive due to the high attrition. Since it is the first study of the kind in a Brazilian sample of obese people, results should be taken cautiously, and replications are needed to support stronger conclusions. Notwithstanding the limitations, the results warrant future clinical studies with DBT for obese people presenting emotional and binge eating. Future studies may advance the knowledge available on interventions targeted on emotional eating, binge eating and mindful and intuitive eating by addressing limitations found on this study. Mainly, subsequent investigations should increase the accuracy with which outcomes are assessed. This might be fulfilled by triangulating self-report measures with different assessment methods, such as ecological momentary assessment and experimental tasks. Additionally, mediation models should be investigated, in order to determine not only if but also how the intervention works.

The present study provides preliminary evidence that a short-term intervention based on DBT skills training is effective to reduce problematic eating behaviors and increase adaptive eating behaviors in the short term. Also, it provides additional evidence regarding the stability of the outcomes and the relationship between emotional eating and binge eating, and intuitive and mindful eating.

## References

Arnold B, Kenardy J, Agras WS (1995) The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disorders* 18(1):79–90. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V)

Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using {lme4}. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. article. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>

Bartoń, Kamil (2017). MuMIn: Multi-Model Inference. R package version 1.40.0. Manual. Retrieved from: <https://CRAN.R-project.org/package=MuMIn>

Beshara, M., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, 25-29.

Chakraborty, H., & Gu, H. (2009). A mixed model approach for intent-to-treat analysis in longitudinal clinical trials with missing values. (RTI Press Publication No. MR-0009-0903). Research Triangle Park, NC: RTI Press. DOI: 10.3768/rtipress.2009.mr.0009.0903

Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 260-264.

Framson C., Kristal A. R., Schenk J. M., Littman A. J., Zeliadt S., Benitez D. (2009) Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J Am Diet Assoc* 109(8):1439–1444. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

Goldstein, H. (1986). Multilevel mixed linear model analysis using iterative generalized least squares. *Biometrika*, 73,43–56.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D (1982) The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behav* 7(1):47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7

Himes S. M., Grothe KB, Clark MM, Swain JM, Collazo-Clavell ML, Sarr MG (2015) Stop regain: a pilot psychological intervention for bariatric patients experiencing weight regain. *Obes Surg* 25(5):922-927.

Hope, R. M. (2013). Rmisc: Rmisc: Ryan Miscellaneous. R package version 1.5. <https://CRAN.R-project.org/package=Rmisc>

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>

Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363.

Linehan MM (2015) DBT Skills Training Manual, 2nd ed. The Guilford Press, New York.

Linehan MM, Wilks CR (2015) The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother* 69(2):97-110.

Lüdecke, D. (2017). sjstats: Statistical Functions for Regression Models. manual. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=sjstats>

Morey, R. D. (2008). Confidence intervals from normalized data: A correction to Cousineau (2005). *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2008, Vol. 4(2), p. 61-64

Mushquash AR, McMahan M (2015) Dialectical behavior therapy skills training reduces binge eating among patients seeking weight-management services: preliminary evidence. *Eat Weight Disord* 20(3):415-8.

McCullagh, P., & Nelder, J. A. (1989). Generalized linear models. London: Chapman and Hall.

Nakagawa, S., & Schielzeth, H. (2013). A general and simple method for obtaining R<sup>2</sup> from generalized linear mixed-effects models. *Methods in Ecology and Evolution*, 4(2), 133-142.

Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry*, 170(1), 71–82.  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 40-51.

Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. Thousand Oaks, CA: Sage.

Robinson, A. H., & Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*, 45(4), 597-602. DOI: 10.1002/eat.20932

Roosen MA, Safer D, Adler S, Cebolla A, Van Strien T (2012) Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutricion Hospitalaria* 27(4):1141-1147. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5843.

R Core Team. (2017). R: A Language and Environment for Statistical Computing. manual, Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.r-project.org/>

Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120. doi:10.1016/j.beth.2009.01.006

Safer DL, Telch CF, Agras WS (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 158(4):632-634. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Safer, DL, Telch CF, Chen EY (2009) *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press, New York.

Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (1999). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Telch CF, Agras WS, Linehan MM (2001) Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consulting Clin Psychol* 69(6):1061-1065. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>

Tribole E, Resch E. *Intuitive eating*. 3rd ed. St. Martin's Press; 2012.

Tylka TL, Kroon Van Diest AM (2013) The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol* 60(1):137-153. doi: 10.1037/a0030893.

Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1-20. DOI: 10.1002/jclp.22114

Wickham, H. (2009). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. book, Springer-Verlag New York. Retrieved from <http://ggplot2.org>



Artigo 2: Análise qualitativa de uma intervenção para obesos com dificuldades na regulação emocional

*Resumo*

Este estudo teve como objetivo explorar a percepção das participantes acerca de suas experiências na participação em uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética (TCD). O protocolo foi aplicado por dois terapeutas em um grupo de três participantes obesas com dificuldades na regulação emocional (n = 3). A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semidirigida com foco em três áreas: (1) experiência da participação em um protocolo adaptado de TCD; (2) impacto do tratamento; (3) aspectos que ajudaram ou não ajudaram. As entrevistas foram transcritas e uma análise temática foi realizada para avaliar o resultado do tratamento na amostra pesquisada.

Palavras chaves: Terapia Comportamental Dialética; Regulação emocional; Obesidade.

*Abstract*

The present study aimed to explore the perceptions of the participants about their experiences participating in an intervention based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) Skills Training. The protocol was conducted by two therapists in a group of three obese participants with difficulties in emotion regulation (n = 3). Data collection was performed through a semi structured interview focusing on three areas: (1) experience of participating in an adapted DBT protocol; (2) treatment impact; (3) helpful or unhelpful aspects. The interviews were transcribed and a thematic analysis was performed to evaluate treatment outcome in the sample.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; Emotion regulation; Obesity.

*Resumen*

Este estudio tuvo como objetivo explorar la percepción de las participantes acerca de sus experiencias en una intervención basada en el Entrenamiento de Habilidades de la Terapia Dialéctico-comportamental (TDC). El protocolo fue aplicado por dos terapeutas en un grupo de tres participantes obesas con dificultades en la regulación emocional (n = 3). La recogida de datos se llevó a cabo a través de una

entrevista semiestructurada centrada en tres áreas: (1) la experiencia de participar en un protocolo adaptado de TDC; (2) impacto del tratamiento; (3) aspectos que ayudaron y los que no ayudaron. Las entrevistas fueron transcritas y un análisis temático fue realizado para evaluar el resultado del tratamiento en la muestra investigada.

Palabras clave: Terapia Dialéctico-comportamental; Regulación emocional; Obesidad.

### *Introdução*

A obesidade é considerada uma epidemia global, tanto pela sua alta prevalência quanto pelos riscos de saúde física e psicológica a que está associada (WHO, 2016; Scott et al, 2008). Cerca de 13% dos adultos no mundo estavam obesos em 2014, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (2016). No Brasil aproximadamente 17,9% da população estava obesa no ano de 2014 (Malta et al., 2014).

A modificação dos comportamentos individuais é uma das vias possíveis de intervenção na obesidade, como por exemplo mudanças na ingestão de alimentos e aumento do gasto energético pela prática de exercícios (Hruby, 2015). Uma parcela das pessoas com obesidade, entretanto, apresenta dificuldades em colocar tais modificações em prática, o que pode se explicar por alterações na função do comportamento alimentar, como no caso em que a alimentação adquire função de regulação emocional. Nesses casos, a experiência de afetos negativos pode levar ao excesso alimentar para suprimir os efeitos dessa experiência ou induzir emoções positivas (Berg et al., 2015).

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é um protocolo clínico integrativo, que se destaca por intervir sobre comportamentos voltados à regulação das emoções que podem causar prejuízos a longo prazo. Inicialmente voltada ao tratamento de indivíduos suicidas e parassuicidas, na TCD tais comportamentos problemáticos são entendidos como tentativas desadaptativas de regulação emocional. Os estudos sobre a TCD avançaram para além dos comportamentos suicidas, possibilitando sua aplicação a diferentes psicopatologias que envolvem dificuldades na regulação emocional, tais como os Transtornos Alimentares e obesidade (Linehan, 1993; Neacsiu, Bohus, & Linehan 2014; Himes et al, 2015; Abreu & Abreu, 2016).

A TCD é composta por terapia individual, Treinamento de Habilidades em grupo, coaching telefônico e reuniões de consultoria para os terapeutas. O módulo de Treinamento de Habilidades é uma atividade psicoeducativa em grupo, com objetivo de desenvolver habilidades de autorregulação que não tragam prejuízos ao indivíduo e seu entorno e que permitam alcançar uma melhor qualidade de vida. O Treinamento de Habilidades integra quatro módulos de habilidades: atenção plena, efetividade interpessoal, regulação emocional e tolerância ao estresse (Linehan, 1993). Apesar de fazer parte de uma terapia multimodal, há estudos que demonstram a eficácia do treinamento de habilidades independente dos outros modos (Neacsu et al., 2014). Os módulos de Atenção Plena, Regulação Emocional e Tolerância ao Estresse, aplicados isoladamente se mostraram efetivos para reduzir a compulsão alimentar, comer emocional e desregulação emocional em indivíduos obesos (Lenz, Taylor, Fleming, & Serman, 2014; Brockmeyer et al., 2014; Courbasson, Nishikawa, & Dixon, 2012). Destaca-se, porém, que esses desfechos são geralmente avaliados por questionários padronizados de autorrelato e registros quantitativos de um conjunto predefinido de sintomas. Não foram encontrados estudos qualitativos com a população obesa sobre a experiência com a TCD. Ademais, ainda que haja crescente interesse pela abordagem entre profissionais de saúde, a produção científica brasileira acerca da utilização da TCD carece ainda de investigações empíricas, estando restrita a artigos teóricos (Abreu & Abreu, 2016; Oppermann, Lewgoy & Araújo, 2015; Nunes-Costa, Lamela & Gil-Costa, 2009).

Há suporte à hipótese de que a TCD é efetiva na obesidade, todavia sua adaptação ao Brasil não foi investigada. Assim, este estudo vem preencher uma lacuna no conhecimento sobre a implementação da TCD no Brasil, tendo por objetivo explorar, a partir da perspectiva dos participantes, obstáculos e facilitadores para a participação em um Treinamento de Habilidades da TCD para pessoas obesas.

### *Método*

Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo, utilizando dados de entrevistas semidirigidas. Os dados foram analisados qualitativamente mediante o procedimento de análise temática. Os estudos qualitativos permitem acessar e interpretar certo tipo de dado que viabiliza uma exploração detalhada da realidade

vivenciada pelos participantes da pesquisa. A riqueza de perspectivas aberta pelos estudos qualitativos pode ser um complemento útil às pesquisas de natureza quantitativa (Braun & Clarke, 2014). Essa síntese é de especial valor no contexto das práticas baseadas em evidências, como se pode ver exemplificado no estudo de Holdsworth, Thorogood, Sorhaindo & Nanchahal (2016), em que se avaliaram qualitativamente os fatores promotores da adesão dos participantes de um ensaio clínico randomizado a uma intervenção para perda de peso. No caso de uma adaptação cultural, uma exploração qualitativa da experiência narrada pelos participantes pode servir como meio para elucidar como os indivíduos estão respondendo à intervenção (Creswell, 2014). Ademais, considerando o estado atual da pesquisa sobre a aplicação da TCD, o uso de métodos qualitativos para investigar como os participantes experimentam a terapia pode ressaltar aspectos relevantes à implementação do modelo em um contexto cultural diferente daquele onde foi desenvolvido. Alguns estudos qualitativos com o Treinamento de Habilidades da TCD realizados em usuários de serviços de saúde com Transtorno de Personalidade Borderline (McSherry, Connor, Hevey, & Gibbons, 2012; Katsacou et al. 2012) ou em participantes de ensaios clínicos (Barnicot, Couldrey, Sandhu, & Priebe. 2015) têm permitido a identificação não só dos benefícios da intervenção, mas também de barreiras à participação no Treinamento de Habilidades e dificuldades experienciadas durante o no processo. Com isso, análises da experiência narrada pelos participantes podem embasar recomendações aos clínicos para enriquecer a condução do protocolo original, podendo torná-lo mais efetivo e permitindo que atenda mais precisamente às necessidades da população alvo.

Participaram deste estudo indivíduos que completaram uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD voltada a pessoas com obesidade e dificuldades com a regulação emocional. A intervenção foi oferecida como etapa preliminar de uma pesquisa mais ampla sobre a efetividade de uma versão adaptada à cultura brasileira de um protocolo de treinamento de habilidades da TCD para pessoas com obesidade e desregulação emocional.

## Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) estando registrado com o número de CAEE 50096515.0.0000.5336. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de ingressar no estudo.

## Recrutamento

Foram recrutados indivíduos com dificuldades com o peso, utilizando-se anúncios em jornal local, revista da universidade e também por meio de redes sociais. Os indivíduos interessados entraram em contato com os pesquisadores para esclarecimentos sobre a pesquisa apresentação do termo de consentimento informado. Posteriormente, os interessados em participar foram triados individualmente para verificação dos critérios de inclusão e exclusão.

## Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: (a) idade entre 18 e 59 anos; (b) IMC igual ou acima de 30 kg/m<sup>2</sup>, avaliado por meio de auto-relato; (c) mais de oito anos de estudo formal; e (d) dificuldades na regulação emocional. As dificuldades na regulação emocional foram avaliadas por meio da *Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS*. Escores iguais ou maiores que 97 têm sido reportados na literatura como ponto de corte para caracterizar indivíduos com dificuldades na regulação emocional (Neacsiu et al, 2012).

Para avaliação dos critérios de exclusão do estudo, foi utilizada a Escala Transversal de Sintomas de Nível I Auto Aplicável do DSM-5 - Adulto (APA, 2013). Não foram incluídos participantes que apresentassem (a) indicativos de transtornos psicóticos; (b) transtornos de desenvolvimento; (c) ideação suicida ativa ou tentativa de suicídio no último ano; (d) transtornos por uso de substâncias; e/ou (e) que já tivessem realizado tratamento com componentes do modelo da Terapia Comportamental Dialética.

Foram triadas presencialmente vinte e duas mulheres (n = 22). Destas, apenas oito relataram ter disponibilidade para participar dos horários da intervenção. Cinco

participantes vieram à primeira sessão de grupo. Duas participantes abandonaram o grupo após o início do treinamento. Três participantes configuraram a amostra final (n = 3), tendo participado de mais de 75% das sessões e concordando em conceder a entrevista semidirigida dois meses após a intervenção.

#### Coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevistas semidirigidas realizadas com as participantes do grupo piloto. Os tópicos da entrevista foram desenvolvidos pelos autores do presente estudo tendo por base estudos anteriores (McSherry, Connor, Hevey, & Gibbons, 2012; Barnicot, Couldrey, Sandhu, & Priebe, 2015), tendo como objetivo explorar a percepção das participantes acerca de suas experiências na participação da intervenção. As entrevistas se focaram nas seguintes áreas: (1) descrição geral da experiência de participação do treinamento de habilidades; (2) impacto do tratamento; (3) aspectos que foram úteis e que não foram úteis. As entrevistas, com duração entre 14 a 21 minutos, foram gravadas, mediante autorização das participantes, e posteriormente transcritas para análise.

Para caracterização da amostra, utilizou-se uma ficha de dados sociodemográficos incluindo as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação atual, atividade física realizada, realização prévia de tratamentos psiquiátricos, psicológicos ou de controle de peso.

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1. Descrição da amostra: dados sociodemográficos

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Idade em anos	35	58	56
IMC	30,98	31,40	33,06
Estado Civil	Casada	Separada	Separada
Escolaridade	Pós-Graduação Completa	Curso Superior Completo	Curso Superior Completo
Renda	1 a 2 salários mínimos	3 a 4 salários mínimos	1 a 2 salários mínimos
Faz Atividade Física	Não	Não	Sim
Tratamento Psicológico Prévio	Não	Sim	Sim
Tratamento Perda Peso Prévio	Sim	Sim	Sim

## Intervenção

O protocolo elaborado para esta pesquisa foi traduzido e adaptado com base no protocolo original retirado do *DBT Skills Training Manual - Second Edition* (Linehan, 2014). Foram selecionadas apenas habilidades referentes aos processos diretamente envolvidos na regulação emocional, resultando em uma versão reduzida de 10 sessões. As habilidades contempladas no protocolo e suas correspondentes no treinamento de habilidades da TCD estão dispostas na Tabela 2.

Para elaboração do protocolo, foram utilizadas estratégias para ensino das habilidades e as fichas de tarefa impressas referentes a cada habilidade ensinada, que foram entregues às participantes em cada sessão. Determinou-se a agenda das sessões conforme a habilidade a ser trabalhada na semana. As sessões tinham duas horas de duração e seguiram uma estrutura prefixada composta pelas seguintes etapas: uma prática de Atenção Plena no início; revisão das tarefas de casa, um intervalo de cerca de 10 minutos; introdução de novo material e atribuição de tarefa de casa. O grupo se reuniu duas vezes por semana, até completar o total de 10 sessões. Foram elaborados slides de apoio e um manual para os coordenadores, a fim de manter a intervenção nos moldes propostos pelo protocolo.

Tabela 2. Habilidades adaptadas da Terapia Comportamental Dialética contempladas no Protocolo de Intervenção.

Sessão e Módulo	Habilidades e Prática de Atenção Plena
Sessão 1	Atenção Plena: Esteira rolante de Pensamentos
Orientação e Atenção Plena	Habilidades de Mente Sábia e “O que”: Observar, Descrever e Participar
Sessão 2	Atenção Plena: Encontre seu Limão
Atenção Plena	Habilidades de “Como”: Atitude de não julgar, Com a Mente em Uma Coisa de Cada Vez e Sendo Efetivo
Sessão 3	Atenção Plena: Mente sábia – Pedra no Lago
Regulação Emocional	Habilidades de Função das emoções e Modelo para Descrever Emoções
Sessão 4	Atenção Plena: Participar – Improvisação em Grupo
Regulação Emocional	Habilidades de Checar os Fatos
Sessão 5	Atenção Plena: Percebendo Impulsos
Regulação Emocional	Habilidades de Ação Oposta e Resolução de Problemas
Sessão 6	Atenção Plena: Percebendo Sensações

Sessão e Módulo	Habilidades e Prática de Atenção Plena
Regulação Emocional	Habilidades de Acumulação de Emoções Positivas a Curto e Longo Prazo
Sessão 7	Atenção Plena: Sons
Regulação Emocional	Habilidades Construir Domínio, Lidar com Antecedência e Cuidando de seu Corpo, Cuidando de sua Mente
Sessão 8	Atenção Plena: Uva Passa
Tolerância ao estresse	Habilidades Distrair-se, Reconfortar-se e Melhorando o Momento
Sessão 9	Atenção Plena: Escaneamento Corporal
Tolerância ao estresse	Habilidades de Prós e Contras e Aceitação Radical
Sessão 10	Atenção Plena: Mente Sábia - Respiração
Fechamento	

## Análise de Dados

Do ponto de vista epistemológico, a análise se funda em uma perspectiva realista crítica, a qual adota uma postura crítica em relação à possibilidade de uma verdade factual, sem negar que uma realidade independente de construções e de aspectos contextuais exista e produza efeitos, ainda que não possa ser acessada diretamente. A partir dessa perspectiva, assume-se que tanto a coleta quanto a análise dos dados são influenciados por aspectos contextuais e socialmente construídos, sem, no entanto, rejeitar a possibilidade de que se lance luz sobre mecanismos e relações causais reais, cujo poder explanatório permita que se intervenha com certo grau de precisão na realidade (McEvoy & Richards, 2003).

A estratégia de análise de dados utilizada foi a análise temática indutiva, conforme proposta por Braun & Clarke (2006). Os pesquisadores 1, 2, 3 e 4 foram responsáveis pela análise das entrevistas. Assumindo-se a premissa de que o conhecimento é uma construção condicionada por elementos socioculturais e históricos, considera-se necessário, ainda que minimamente tomar em consideração as fontes de influência dos pesquisadores na construção de sua interpretação do dado, num processo de reflexividade. A Tabela 3 descreve a reflexividade dos pesquisadores e possíveis vieses presentes na análise dos dados. A fim de captar elementos verbais e não verbais da fala das entrevistadas, a busca por significados e padrões de conteúdos foi realizada com base tanto no texto transcrito quanto no áudio gravado das entrevistas. A partir dos padrões extraídos dos dados, foram geradas codificações iniciais, as quais foram discutidas e reformuladas colaborativamente pelos pesquisadores, gerando um conjunto final de códigos e temas que refletem de modo abrangente ainda que não esgote o conteúdo das falas. Por último, os autores elaboraram conjuntamente descrições narrativas que contemplam o sentido dos temas e subtemas identificados.

**Tabela 3. Reflexividade dos Pesquisadores.**

	<b>Autor 1</b>	<b>Autor 2</b>	<b>Autor 3</b>	<b>Autor 4</b>	<b>Autor 5</b>
<b>Papel profissional</b>	Psicóloga e pesquisadora	Psicólogo e pesquisador	Auxiliar de pesquisa	Estagiária de psicologia	Psicóloga e pesquisadora
<b>Participação na pesquisa</b>	Coordenador de grupo	Coordenador de grupo	Entrevistadora	Responsável pela triagem das participantes	Orientadora
<b>Possíveis influências na condução da entrevista ou análise dos dados</b>	Familiaridade com extensa bibliografia de Terapia Comportamental Dialética	Familiaridade com extensa bibliografia de Terapia Comportamental Dialética	-	-	Familiaridade com extensa bibliografia de Terapia Comportamental Dialética
	Conhecimento das participantes do grupo piloto	Conhecimento das participantes do grupo piloto	-	Conhecimento das participantes do grupo piloto	

---

<b>Autor 1</b>	<b>Autor 2</b>	<b>Autor 3</b>	<b>Autor 4</b>	<b>Autor 5</b>
Participação em grupo de estudos de treinamento de habilidades em terapia comportamental dialética	Participação em grupo de estudos de treinamento de habilidades em terapia comportamental dialética	Participação em grupo de estudos de treinamento de habilidades em terapia comportamental dialética	Participação em grupo de estudos de treinamento de habilidades em terapia comportamental dialética	-

---

## Resultados

A partir da análise temática, foram definidos três domínios correspondentes ao conteúdo das entrevistas: *Participação no Grupo* (Domínio 1), *Mudanças Percebidas* (Domínio 2) e *Habilidades* (Domínio 3). Exemplos de trechos das entrevistas foram expostos nas Tabelas 4, 5 e 6.

O primeiro domínio corresponde à *Participação no Grupo*, e diz respeito a aspectos gerais da experiência no grupo, tais como relações com participantes e líderes, experiências emocionais no grupo e avaliações globais quanto à intervenção. Assim, o conteúdo desse domínio foi dividido em três temas principais: *Experiência*, *Avaliação* e *Relações*. O tema *Experiência* engloba relatos sobre sentimentos e emoções experimentadas ao participar do grupo, e essas experiências estão divididas em *Agradáveis* e *Desagradáveis*. O tema *Avaliação* contém falas avaliativas amplas em relação ao grupo, sem menção a fatores ou habilidades específicas, tampouco à experiência pessoal. Finalmente, o tema *Relações* enfatiza as percepções das relações de cada participante com outras *Participantes* e com os *Líderes*.

Tabela 4. Exemplos de trechos significativos do Domínio 1: Participação no Grupo.

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
Experiência pessoal	Agradável	<p><i>“Teve um dia que eu cheguei bem ruim. Aí eu dizia assim “tenho 500 mil motivos e desculpas para não vir”, mas aí entrei na roupa e vim e depois quando saia do grupo estava melhor. Mais aliviada, mais tranquila. ” <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>“O momento de fazer aquela meditaçãozinha a respiração era importante. Era o momento de se equilibrar, ficar mais leve. Isso eu achava bem legal. ” <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>“A gente tava muito à vontade. ” <b>Participante 1.</b></i></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
	<b>Desagradável</b>	<p><i>“Eu me dei conta que eu tava tendo dificuldade, porque daí eu faltei um encontro, e eu sabia porque eu tinha faltado, porque eu não me sentia à vontade.”</i> <b>Participante 3.</b></p> <p><i>“Aí tá “Quer compartilhar? ”, aí eu pensava “compartilho, não compartilho? ””.</i> <b>Participante 1.</b></p> <p><i>“É, e não sei se era de estar em grupo eu acho que eu não tinha entendido alguma coisa, e aí então, claro! Eu não vim no outro encontro, daí só podia não entender. Daí eu fiquei meio à vontade, meio desconfortável, não conseguindo acompanhar né...”</i> <b>Participante 3.</b></p> <p><i>“Sim, a gente fazia no primeiro momento a respiração, na posiçãozinha lá, meditando, que eu dizia que era muito difícil prestar atenção na respiração.”</i> <b>Participante 1.</b></p> <p><i>“Eu acho que eu ainda tenho dificuldade, que a gente tava tentando ver o que era uma situação X ruim que acontecesse. Eu acho que eu não conseguia desmembrar toda situação.”</i> <b>Participante 1.</b></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
<p><b>Avaliação geral</b></p>		<p><i>“Não, pra mim foi muito bom, eu gostei muito.”</i> <b>Participante 2.</b></p> <p><i>“Ele (o grupo) é bem dinâmico, é bem objetivo, dinâmico, e eu acho que pra mim foi bem claro porque eu já participei de grupos né, já fiz terapia oito anos, terapia individual e em grupo também, só que era uma outra abordagem, mas eu acho que foi bem funcional.”</i> <b>Participante 2.</b></p> <p><i>“Foi muito legal bá. Muitas informações assim, muito legal. Eu acho.”</i> <b>Participante 3.</b></p> <p><i>“...tudo interligado eu acho que foi útil e para diversos momentos...”</i> <b>Participante 1.</b></p> <p><i>“Eu sei que é legal para ti, acho que para desenvolvimento pessoal e para troca de experiência com todos do grupo. Foi legal. Foi bom.”</i> <b>Participante 1.</b></p> <p><i>“Foi muito bom, eu gostei bastante. E passou bem rápido, apesar de ter sido vários encontros.”</i> <b>Participante 1.</b></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
Relações	Participantes	<p>“...com o grupo também foi tudo bem, às vezes eu tenho que me controlar pra não me meter (nos assuntos de outros participantes). ” <b>Participante 2.</b></p> <p>“A gente se deu bem, nós três nos demos bem. ” <b>Participante 3.</b></p> <p>“Eu acho que não consigo totalmente identificar a situação, que nem as meninas falavam e conseguiam. Elas pontuavam bem direitinho tudo que estava acontecendo. Eu acho que se elas pontuassem 5 coisas eu pontuava 2. ” <b>Participante 1.</b></p> <p>“Ah, foi ótimo porque a gente trocou bastante vivência né? Tinha faixas etárias diferentes, ramos profissionais diferentes. Mas sempre com mesmo objetivo aí no fim tu acaba prestando atenção que teus problemas são tão pequenos e as pessoas a mesma coisa...” <b>Participante 1.</b></p>
	Líderes	<p>“A A., isso, ela colocou sempre tudo muito bem sabe? Sempre muito clara né, e o rapaz também o... L. ele entrava mais complementando assim né? ’ <b>Participante 3.</b></p> <p>“No início eu tive uma certa dificuldade né porque eu já vinha trazendo assim de tempos uma certa dificuldade de me integrar em grupo, em qualquer grupo, e eu coloquei isso lá pra eles, pra Ana né? ” <b>Participante 3.</b></p> <p>“E eu tipo “ah, terapeuta, psicólogos, como é que tu vai...” eu nunca tinha participado de um programa assim, de grupo. Já tinha feito terapia, mas sozinha. Então, não tinha noção de como seria ... achei que eles foram receptivos. ” <b>Participante 1.</b></p>

O segundo domínio corresponde às *Mudanças Percebidas* pelas participantes. Esse domínio abrange mudanças no próprio comportamento cuja origem é atribuída à participação no grupo. Cabe ressaltar que não foram encontradas nos relatos menções a mudanças negativas ou prejudiciais após a participação no grupo, somente foram relatados aspectos positivos que advieram do treinamento de habilidades. O domínio de *Mudanças Percebidas* foi subdividido em dois temas principais: *Mudanças Pessoais* e *Mudanças Interpessoais*. O tema de *mudanças pessoais* foi composto por quatro subtemas: (1) *Visão Dialética*, que se constitui de falas que evidenciam uma visão mais integrada e ponderada da realidade e do modo de interpretar os próprios pensamentos e experiências; (2) *Autoconsciência* em que as falas demonstram uma compreensão mais ampla dos próprios comportamentos e suas consequências, bem como da contribuição desses comportamentos à consecução de objetivos e metas pessoais e a discriminação de fatores de vulnerabilidade no contexto em que as participantes vivem; (3) *Autocontrole*, composto por relatos que sugerem uma experiência de maior autocontrole e capacidade de conter impulsos identificados como prejudiciais e (4) *Atenção ao contexto da alimentação* em que as participantes mencionam mudanças relacionadas ao comportamento alimentar, referindo maior atenção aos diversos aspectos do ato de comer, desde a experiência sensorial da comida, até a distinção dos eventos antecedentes e as consequências de comer em excesso, e uma capacidade maior de controlar o impulso de comer em excesso. O outro conjunto de mudanças relatadas pelas participantes levou à construção do tema de *Mudanças Interpessoais*, em que as participantes apontam mudanças nos seus modos de interagir que promovem sentimentos de bem estar e satisfação com relacionamentos significativos. Este tema foi seccionado em três subtemas, com referências a modos diferentes de se relacionar com (1) *Familiares*, com (2) *Colegas de Trabalho* e (3) *Outros Grupos sociais*.

Tabela 5. Exemplos de trechos significativos do Domínio 2: Mudanças percebidas.

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
Mudanças pessoais	<b>Autocontrole</b>	<p><i>“ Sim, justamente sim, porque se eu se eu to com um problema eu fico aérea, daí eu fico comprando as coisas as vezes né. Claro, eu não saio comprando um carro! Mas as vezes é uma coisa que não precisa né? E aí checar os fatos assim nesse sentido “é necessário eu comprar isso?” sabe? E eu comecei a notar mais meus gastos, tô me controlando mais.”</i>  <b>Participante 3</b></p> <p><i>É, me ajudou bastante, me controlou né? (Risos) Mas eu realmente me controlei né, e foi pra melhor!</i>  <b>Participante 2.</b></p>
	<b>Visão Dialética</b>	<p><i>“não é que eu me sinta por baixo agora, porque eu não me sinto por baixo agora, é diferente, me sinto assim, que algumas coisas eu posso conseguir ainda”</i>  <b>Participante 3.</b></p> <p><i>“Aí eu me lembro do que disseram sobre o poço cheio, do poço vazio, da distração, nos encontros. E aí, como tu reagiria. Eu sempre achava que o poço tava cheio e que eu ia morrer. Mas não, tem as situações lá. Não é o fim do mundo.”</i>  <b>Participante 1.</b></p> <p><i>“Sim. De prestar mais atenção no todo da situação e até na reação, na minha reação naquele momento.”</i>  <b>Participante 1.</b></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
	<b>Autoconsciência</b>	<p data-bbox="882 331 2074 400"><i>“Foi ótimo para percepção pessoal, assim para prestar atenção em certas atitudes.” <b>Participante 1.</b></i></p> <p data-bbox="882 421 2074 489"><i>“Até a descrição dos sentimentos, porque às vezes tu tava sentindo e não sabia o que era e aí tinha lá nos exercícios e conseguia identificar.” <b>Participante 1.</b></i></p> <p data-bbox="882 510 2074 651"><i>“Porque antes de vir pra cá eu era muito paranóica em relação aquela parada. Muito! (...) Então esse é meu lado desconfiada, que eu tomo assim medicamento pra isso, meu lado desconfiada e meu lado aéreo. Então, esses dois lados eu minimizo aplicando a técnica do checando os fatos.” <b>Participante 3.</b></i></p> <p data-bbox="882 671 2074 778"><i>“Aham, mas isso assim, eu fico aérea quando tô carente, quando me fizeram alguma coisa e eu fico fragilizada, principalmente quando eu venho da minha mãe, porque a minha mãe é extremamente dura” <b>Participante 3.</b></i></p> <p data-bbox="882 799 2074 906"><i>“Isso é o que ficou mais. Tipo de me prestar mais atenção no que está acontecendo e o que desencadeou aquela situação. “Fiquei triste? Mas o que desencadeou? É o fim do mundo ou não é o fim do mundo?” <b>Participante 1.</b></i></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
<b>Mudanças Interpessoais</b>	<b>Atenção ao Contexto da Alimentação</b>	<p><i>“Eu tô controlando mais e quando eu paro pra comer, e começo a sentir o sabor da comida eu não consigo comer tá?” <b>Participante 2.</b></i></p> <p><i>“Aí era também para tentar desenvolver isso (concentração no que está fazendo) durante o almoço, a janta, o momento de comer. Porque eu tenho a mania de comer muito rápido. As vezes eu tô comendo muito rápido e dou uma segurada, ou às vezes eu só lembro que eu tinha que prestar atenção no momento quando eu já tava comendo, mas aí já comi muito rápido, fiquei ruim. Mas aí acho que tô ainda desenvolvendo.” <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>“agora eu tô mais, a fome, por exemplo, física, porque às vezes eu fico o dia inteiro e tem que comer... Mas não tanto quanto antes, tanta porcaria e tal.” <b>Participante 2.</b></i></p>
	<b>Familiares</b>	<p><i>“E a gente conversa mais, porque antes a gente brigava né, não tinha muita abertura porque aí eu já levava pra um lado e agora eu consigo falar e consigo colocar o que eu to sentindo, daí eu já falo que eu já to pensando e daí elas já levam pra um outro lado sempre...” <b>Participante 2.</b></i></p> <p><i>“Com os relacionamentos em si, na família e tal eu fiquei um pouco mais tolerantezinha” <b>Participante 1.</b></i></p>
	<b>Outros Grupos</b>	<p><i>“Mais segura eu fiquei né. Por exemplo assim, se eu to num grupo de mulheres e todas têm filhos e tão falando de filhos, eu fico escutando, eu fico curtindo aquilo, diferente de antes, me sentia inferior.” <b>Participante 3.</b></i></p>

---

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
	<b>Colegas de Trabalho</b>	<i>“Agora eu lembrei, eu uso muito na questão do trabalho. Nossa to morrendo de dor e tal, mas eu to lutando para ver se eu alívio. Até fiz uma avaliação essa semana no trabalho, “não porque tu é muito receptiva, muito tal, muito...” aí eu fiquei pensando “ah, meu deus, mas eu não gosto de fazer isso, o que eu fiz?”. Eu me lembro: “tenta sorrir por dentro, imagina que está sorrindo para dar uma aliviada, nas feições assim”. Eu sou muito de estar na cara assim.”</i> <b>Participante 1.</b>

---

O terceiro e último domínio identificado intitula-se *Habilidades*, e engloba percepções e relatos relacionados às habilidades apresentadas durante a intervenção, e à sua utilização dentro e fora do contexto do grupo. Para tanto subdividiu-se este domínio em três principais temas: *Uso*, *Obstáculos* e *Facilitadores*. O tema *Uso* diz respeito à prática das habilidades propriamente ditas, e foi seccionado em quatro subtemas: (1) *Exemplos*, relacionado à explicação ou nomeação das habilidades, (2) *Crise*, em que foram apontados exemplos de uso em situações de tensão ou instabilidade (3) *Dia a dia*, exemplificação das práticas em situações rotineiras, e (4) *Ensino*, constituído de relatos de situações em que as participantes ensinaram a terceiros as habilidades aprendidas. Já o tema *Obstáculos* engloba as percepções relativas aos empecilhos e dificuldades observadas e enfrentadas pelas participantes para a prática. Este tema também foi subdividido em quatro subtemas: (1) *Acompanhamento*, que enfatiza as percepções das participantes da necessidade de acompanhamento posterior às suas participações na intervenção, como outros grupos ou a psicoterapia, (2) *Revisão*, relacionado à necessidade de revisar com maior frequência os materiais de apoio, e o desejo de aprofundar as práticas e sua variabilidade e (3) *Ambiente invalidante*, subtema que abrange percepções sobre ambientes que não reforçam ou incentivam as mudanças apresentadas pelas participantes. O último tema, *Facilitadores*, está relacionado aos elementos que colaboraram para a utilização das habilidades nos contextos de vida das participantes. Este tema foi composto de três subtemas: (1) *Psicoterapia*, (2) *Apoio familiar* e (3) *Motivação*.

Tabela 6. Exemplos de trechos significativos do Domínio 3: Habilidades.

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
Uso das Habilidades	Exemplos	<p><i>"Eu não lembro qual o nome em si, mas a questão de perceber o todo e ver se é uma coisa que tem solução, não tem solução, se tem que esperar um pouco mais e se eu conseguiria lidar com isso de agora, de imediato ou daqui um tempo." <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>"Aí eu me lembro do que disseram sobre o poço cheio, do poço vazio, da distração, nos encontros." <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>"E também tem aquela, eu gostava daquela técnica daquela de lidar com os fatos concretos. Como é que se chama aquela técnica ali? É mas é do... checar os fatos!" <b>Participante 3.</b></i></p>
	Crise	<p><i>"Ah se eu to com raiva do trânsito, tipo respiro fundo, porque respiração é importante, né? Lembro que respiração é muito importante. Porque, tipo eu não vou sair do trânsito, não adianta, vou ficar parada ali, então respira. E tento prestar atenção na rua, tento fazer outras coisas porque acaba sendo estressante." <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>"“Naquele teu momento de crise. O que tu fez?”, “Fui tomar banho”. Já que eu moro num apartamento, para onde vou fugir? Não tenho para onde fugir né? Aí vou lá e tomo banho, lavo a louça, boto a roupa para lavar. Com atitudes assim que não preciso necessariamente, sei lá, sair de casa." <b>Participante 1.</b></i></p>
	Dia a dia	<p><i>"Eu to mais pensando nas coisas, nos prós e contra, e mesmo pra comer eu acho que já sim, por exemplo, respiração, tô fazendo... quando eu vou comer eu percebo quando eu como mais depressa, e aí quando eu volto pra sentir o sabor da comida parece que daí já não... sabe? Aquela coisa assim de sentir o sabor..." <b>Participante 2.</b></i></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
		<p><i>"Eu acho que eu consegui descobrir possibilidades de ficar centrada com pequenas atitudes. Tipo assim, com lavar a louça." <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>"Daí então essa técnica de checar os fatos até me ajudou assim pra andar mais confiante na rua, ligada, mais confiante, uma coisa mais saudável assim, dentro daquele terror que a gente vive hoje, mas mais saudável assim sabe?" <b>Participante 3.</b></i></p>
	<b>Ensino</b>	<p><i>"E aí é que eu percebi que tudo, se eu não fizer a respiração... Até eu passei pra colegas lá né. Daí uma "ai eu fiz...", porque ela tem ataque, crise de pânico, até eu falei, indiquei ela pra vir pra cá, e aí ela disse que começou a dar daí ela lembrou que eu falei da respiração, que ela começou a fazer e daí ela conseguiu controlar né." <b>Participante 2.</b></i></p> <p><i>"E agora a gente conversa bastante, então a gente agora tá conversando, tá falando, e às vezes, aí eu tento falar pra ela "olha pensa de um lado...", eu tenho um lado meio, "pensa de um lado", ela tava meio brava com um chefe, "bota na bandeja." <b>Participante 2.</b></i></p>
<b>Obstáculos</b>	<b>Acompanhamento</b>	<p><i>"Se tivesse outro grupo eu queria participar de novo. Dos depressivos, dos gordinhos. Eu sei que é legal para ti, acho que para desenvolvimento pessoal e para troca de experiência com todos do grupo." <b>Participante 1.</b></i></p> <p><i>"(...) mas sem acompanhamento acho difícil de aplicar essas técnicas todas." <b>Participante 3.</b></i></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
	<b>Revisão</b>	<p><i>"Eu falei "eu preciso rever", é que eu fico muito na corrida total, mas eu penso em rever tudo, todas aquelas atividades pra retomar e não me perder e tá sempre trabalhando ali, seguindo..."</i>  <b>Participante 2.</b></p> <p><i>"É que eu teria que lembrar todas as habilidades, revisar todo o material e eu não fiz mais isso né."</i>  <b>Participante 3.</b></p> <p><i>"(...) mas eu acho que tem muito mais coisas ali que dá pra funcionar né, mas acho que eu tenho que dominar bem, dominar bem essa situação pra ir pra outra, não sei..."</i>  <b>Participante 2.</b></p> <p><i>"Eu faço a respiração. Eu gostaria de fazer todo o momento. Sentar, ficar com as mãozinhas no colo, pezinhos no chão, mas as vezes eu não consigo, então eu tento pelo menos respirar."</i>  <b>Participante 1.</b></p>
	<b>Ambiente Invalidante</b>	<p><i>"Eu acho que eles não notaram, na verdade eu acho que eles só notam quando o bicho tá pegando. Coisa boa é difícil as pessoas notarem, mas quando o bicho tá pegando é a primeira coisa que nota."</i>  <b>Participante 1.</b></p> <p><i>"Aham, mas isso assim, eu fico aérea quando tô carente, quando me fizeram alguma coisa e eu fico fragilizada, principalmente quando eu venho da minha mãe, porque a minha mãe é extremamente dura (...) isso me desgasta então, daí eu fico... fragilizada, aí ela sempre tem uma coisa ruim pra dizer, certo."</i>  <b>Participante 3.</b></p>

Tema	Subtema	Exemplos de trechos significativos
<b>Facilitador</b>	<b>Psicoterapia</b>	<i>"Uma habilidade... Isso e me encaminharam pra terapia, eu tô fazendo terapia. E aí ela tá me centralizando..." <b>Participante 2.</b></i>
	<b>Apoio Familiar</b>	<i>"Sim, sim, então eu falo, mas eu não falo em um tom de briga né, daí eu falo que, de alguma coisa que eu não gostei, alguma coisa assim, e elas já entendem né, porque é como é que eu tô trabalhando, porque de repente elas cobram e eu falo assim "olha minha filha eu tô trabalhando isso, não tem como" (Risos). E então é, eu acho que foi muito bom." <b>Participante 2.</b></i>
	<b>Motivação</b>	<i>"Assim, quando to conversando com uma irmã que me dou muito bem, eu e ela bá, tá muito bom. Eu a minha cunhada a gente se dá muito bem também, nós nos tratamos como irmãs todas nós, aí é muito melhor e eles me apoiam né. A minha irmã e a minha cunhada são as pessoas que me dão o apoio emocional (...)" <b>Participante 3.</b></i>
		<i>"O grupo foi no momento certo da minha vida tá? Porque de repente eu mudei com algumas coisas porque eu era muito arrancada, e começou a vir tudo de uma vez." <b>Participante 2.</b></i>

## Discussão

Este estudo analisou entrevistas concedidas por participantes de uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética, com o objetivo de explorar as percepções quanto à participação no grupo, impacto do tratamento e aspectos que ajudam ou dificultam. Os resultados da análise temática destacam que as participantes percebem a experiência de participar no grupo como positiva, enfatizando que o grupo possui caráter objetivo, claro, útil e informativo. A partir desses dados, pode-se inferir que o protocolo adaptado do Treinamento de Habilidades foi conduzido de maneira objetiva e estruturada como é proposto originalmente por Linehan (1993). As participantes referiram mudanças positivas no seu dia a dia depois da intervenção, percebendo a integração das habilidades em sua rotina. Também relataram que recomendariam a intervenção a outras pessoas, reforçando o que já havia sido encontrado no estudo de McSherry (2012).

Destaca-se também que as participantes relataram momentos em que não se sentiram à vontade no grupo, sendo esse um obstáculo para o comparecimento nas sessões e para compartilhar exemplos. Há resultados semelhantes descritos na literatura quanto à experiência de ansiedade na participação no Treinamento de Habilidades, situando-se aí um potencial fator de risco para abandono do tratamento (Barnicot, Couldrey, Sandhu, & Priebe, 2015). Desse modo, sugere-se que os líderes monitorem a maneira como os participantes se sentem durante o treinamento, buscando identificar os momentos em que a experiência se torna aversiva, a fim então implementar ações para reduzir a chance de interrupção, especialmente considerando que o público alvo se constitui de pessoas com dificuldades com a regulação emocional. Assim, além de auxiliar na prevenção da interrupção, a atenção às experiências emocionais aversivas no grupo pode criar oportunidades para praticar as habilidades que estão sendo treinadas (Barnicot et al., 2015; Linehan, 2014). Um fator que pode ajudar neste aspecto é a confiança nos líderes para expor dificuldades e sentimentos negativos, a qual pode ser favorecida pela adaptação pelo líder de seus estilos interacionais às necessidades manifestas por cada participante (Barnicot et al.,

2015). Nesse sentido, os relatos que constituem o subtema de relações com os líderes demonstram tal abertura e os efeitos positivos de uma postura acessível dos líderes como facilitadora da integração ao grupo a adesão à intervenção.

As entrevistadas também mencionaram a relação positiva que foi desenvolvida com as outras participantes do grupo em relação à troca de experiências e a sensação de não se sentirem sozinhas em seus problemas. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos em grupo com Treinamento de Habilidades quanto à troca de vivências e à sensação de normalização das questões individuais, que geram um ambiente percebido como promotor de mudanças positivas (Barnicot et al., 2015; McSherry et al., 2012). Autores do campo das terapias grupais, como Yalom e Leszcz (2006), enfatizam que a universalidade é o fator terapêutico que engloba a percepção de que as experiências humanas são compartilhadas, e que, ao expor seus problemas, o indivíduo pode se sentir menos isolado e experimentar maior intimidade e um sentimento de pertença. Embora o Treinamento de Habilidades não seja uma terapia em grupo, parece que estes resultados apontam que o fator terapêutico da universalidade também está presente neste contexto. Isso vai ao encontro do que sustenta Linehan (2015) em relação à experiência de validação que resulta da interação entre participantes do grupo de treinamento de habilidades. Essa experiência de reconhecimento e o desenvolvimento de um contexto interpessoal de suporte é uma das vantagens que torna preferível que o treinamento de habilidades seja conduzido em grupos.

Além das trocas no grupo, também o apoio de familiares e pessoas do convívio próximo das participantes foi identificado como um facilitador para as melhoras percebidas, corroborando os achados de Barnicot et al. (2015). A importância de um ambiente suportivo provido por familiares e contatos próximos absolutamente não é estranha ao modelo teórico da DBT, visto que o papel da validação ou invalidação pelo ambiente está no cerne da teoria biossocial (Linehan, 1993). Achados semelhantes inclusive fundamentam as propostas de treinamento de habilidades para familiares e cuidadores de pessoas com desregulação emocional (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999; Miller, Glinski, Woodberry, Mitchel & Indik, 2002; Linehan, 2014; Johnston, O’Gara, Koman, Baker & Anderson, 2015).

Entre os aspectos que foram obstáculos na experiência de grupo estavam a dificuldade de fazer os exercícios, acompanhar o conteúdo e a comparação com outras participantes, no sentido de não conseguir fazer os exercícios como as outras faziam. Nesse aspecto, aplicam-se também os argumentos e recomendações sobre o monitoramento das experiências emocionais aversivas durante o grupo, bem como da flexibilidade e disponibilidade dos líderes para atender às necessidades específicas de cada participante em seu processo de aprendizagem. A complexidade das habilidades já foi um fator apontado como obstáculo em outros estudos (Barnicot et al. 2015; McSherry, 2012), e recomenda-se que os líderes do treinamento possam dar muitos exemplos, repetir várias vezes o significado da terminologia utilizada, buscando adotar um estilo interpessoal validante com membros do grupo que apresentam dificuldades (Barnicot et al. 2015). A importância dos exemplos e das metáforas também fica enfatizada quando uma das participantes relata que a lembrança de algumas metáforas específicas usadas no grupo facilitou o uso de habilidades em seu cotidiano.

Também apontam-se como elementos que prejudicaram o aproveitamento do treinamento de habilidades a ausência de momentos posteriores ao término das dez sessões para revisar e aprofundar os temas trabalhados, por meio de novas práticas, exercícios e exposições. Além disso, a ausência de um acompanhamento mais próximo foi percebida pelas participantes como um obstáculo ao aproveitamento do treinamento, o que corrobora a proposta de Linehan (1993) de complementaridade entre terapia individual, treinamento em grupo e coaching telefônico, tendo a psicoterapia individual a função de facilitar a generalização das habilidades treinadas no grupo. Ao considerar os relatos sobre a dificuldade com aprofundamento e a percepção de necessidade de mais treinamento, pode-se levantar a hipótese de que a duração do treinamento possa ter sido demasiado breve para uma aprendizagem efetiva de algumas das habilidades.

No que tange às mudanças observadas pelas participantes, percebe-se que elas foram bastante amplas e difusas, porém mudanças substanciais no comportamento alimentar foram relatadas por uma das participantes. Esses achados podem estar relacionados à própria natureza da intervenção, cujo foco não se restringe à modificação de comportamentos alimentares, orientando-se para o

desenvolvimento de um repertório de regulação emocional mais amplo e flexível. Assim, a mudança no padrão de alimentação seria uma consequência indireta, associada à extinção de comportamentos alimentares com função de regulação emocional devido à incorporação de estratégias mais eficazes para esse fim, ou ainda ao aumento da consciência do contexto e função da alimentação, discriminações que incrementariam a capacidade de autorregulação. Tendo em vista que a participante que referiu mudanças mais consistentes na alimentação também estava em psicoterapia individual, pode-se levantar a hipótese de que a generalização das habilidades de regulação emocional foi facilitada pela psicoterapia, permitindo o processo de extinção mencionado. A natureza das dificuldades relatadas pelas participantes, envolvendo a necessidade de revisar as habilidades e de maior acompanhamento em seu uso provê suporte adicional a essa hipótese. Nesse caso, considera-se útil que intervenções com duração mais longa e intervenções que combinem terapia individual e grupo de habilidades sejam comparadas a esse protocolo, a fim de testar diferenças no potencial de generalização das habilidades.

Ainda na temática das mudanças percebidas, nota-se também que a melhora na qualidade das relações interpessoais foi um elemento comum nas experiências relatadas, a despeito de o programa de intervenção não ter incluído o módulo específico de habilidades de efetividade interpessoal. As dificuldades com a regulação emocional, ao mesmo tempo em que se constituem a partir de padrões de relacionamentos invalidantes, também levam à manutenção de estilos de relacionamento interpessoal problemáticos (Linehan, 1993). As participantes relataram que conseguir ter mais controle de suas reações emocionais teve influência na melhora observada em suas relações pessoais, o que também foi evidenciado por McSherry (2012). Desse modo, é compreensível, do ponto de vista teórico, que o desenvolvimento de um repertório mais adaptativo de estratégias de regulação emocional torne possível a adoção de estilos mais efetivos de interagir com outras pessoas, aprimorando o convívio e promovendo o senso de satisfação com essa área da vida que foi observado nas falas das participantes. Hipotetiza-se que esse dado pode ser uma evidência preliminar de uma via de ação pela qual o treinamento de habilidades pode resultar em aumento da qualidade de vida.

Por fim, este estudo possui algumas limitações. O tamanho da amostra é pequeno e não foram analisadas as participantes que abandonaram a intervenção. Isso pode gerar um viés positivo, pois não se investigaram a fundo as razões de abandono. As participantes se vincularam aos pesquisadores que conduziram a intervenção, mostrando-se gratas pela participação. Embora a entrevista tenha sido realizada por uma terceira profissional para minimizar a deseabilidade das respostas, não é possível afastar totalmente esse aspecto. Além disso, há que se realçar que, em se tratando de um estudo qualitativo, as respostas provenientes das entrevistas representam aspectos idiossincráticos e singulares a cada participante, de modo que generalizações não são possíveis. Mesmo em face dessas limitações, destaca-se que o estudo preenche uma importante lacuna quanto à análise da experiência de participantes de um Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética na população brasileira. A pesquisa qualitativa permite aprofundar as percepções e sentimentos dos participantes da intervenção, de um modo que não é possível mediante a coleta de indicadores objetivos ou aplicação de questionários padronizados. Além disso, a descrição detalhada do protocolo de intervenção permite a replicação deste estudo.

### Conclusão

Em suma, este estudo explorou a percepção de mulheres obesas com dificuldades na regulação emocional acerca de suas experiências na participação em uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética. A análise temática das falas das participantes revela que o protocolo foi bem aceito pelas participantes e demonstrou viabilidade quanto a sua aplicação no contexto brasileiro. Os resultados indicam que as participantes conseguiram integrar as habilidades em suas vidas diárias e se beneficiar de seus efeitos, sendo relatados principalmente impactos positivos nas relações interpessoais na vida cotidiana. O presente estudo mostra possíveis dificuldades na condução de intervenções em grupo, tais como sentimentos de vergonha das participantes, ao mesmo tempo que enfatiza efeitos positivos do trabalho com grupos, especialmente o impacto positivo da interação com outras participantes ao longo da intervenção. Sugere-se que novos estudos possam explorar o impacto do Treinamento de Habilidades com amostras

maiores e mais diversas e integrando resultados de análise qualitativa com resultados objetivos, bem como análises de processo terapêutico e das interações ao longo das sessões de treinamento de habilidades.

## Referências

Abreu, P., & Abreu, J. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e*, 18(1), 45–58. Recuperado de: <http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/831>

Barnicot, K., Couldrey, L., Sandhu, S., & Priebe, S. (2015). Overcoming barriers to skills training in borderline personality disorder: A Qualitative interview study. *PLoS ONE*, 10(10), 1–15. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140635>

Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641–653. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/eat.22401>

Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 9-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>

Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>

Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(5), 434–449. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/cpp.748>

Creswell, J. W. (2014). *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens* (3. ed.). [S.I.]: Penso Editora.

Himes, S. M., Grothe, K. B., Clark, M. M., Swain, J. M., Collazo-Clavell, M. L., & Sarr, M. G. (2015). Stop regain: a pilot psychological intervention for bariatric patients experiencing weight regain. *Obesity surgery*, 25(5), 922-927.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training. *Family process*, 38(4), 399-414.

Holdsworth, E., Thorogood, N., Sorhaindo, A., & Nanchahal, K. (2016). A Qualitative Study of Participant Engagement With a Weight Loss Intervention. *Health*

*Promotion Practice*, 18(2), 245-252. Recuperado de:  
<http://doi.org/10.1177/1524839916659847>

Johnston, J. A., O'Gara, J. S., Koman, S. L., Baker, C. W., & Anderson, D. A. (2015). A pilot study of Maudsley family therapy with group dialectical behavior therapy skills training in an intensive outpatient program for adolescent eating disorders. *Journal of clinical psychology*, 71(6), 527-543.

Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Qualitative Study of Service Users' Perspectives. *PLoS ONE* 7(5), 1-8. Recuperado de:  
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0036517&type=printable>

Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 92(1), 26–35. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford press.

Linehan, M. (2014). *DBT skills training manual* (2. ed.). New York, NY: Guilford Publications.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In: J. J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp.581–605). New York, NY: Guilford Press.

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Iser, B. P. M., Stopa, S. R., Claro, R. M., Nardi, A. C. F., ... Monteiro, C. A. (2015). Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 238-255. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>

McEvoy, P., & Richards, D. (2003). Critical realism: a way forward for evaluation research in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 411–420. Recuperado de:  
<http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02730.x>

Neacsiu, A., Bohus, M., & Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handbook of emotion*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Marsha\\_Linehan/publication/284982382\\_Dialectical\\_behavior\\_therapy\\_skills\\_an\\_intervention\\_for\\_emotion\\_dysregulation/links/56a99e5808aeaeb4cef95bf9.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marsha_Linehan/publication/284982382_Dialectical_behavior_therapy_skills_an_intervention_for_emotion_dysregulation/links/56a99e5808aeaeb4cef95bf9.pdf)

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann T, & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behavioral Research Therapy*, 59, 40-51. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>

Scott, K. M., McGee M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorder in the adult general population. *Journal Psychosomatic Research*, 64(1), 97-105. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006>

World Health Organisation. (2016). WHO. Obesity and overweight [website]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Yalom I. D., & Leszcz M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.

## **Considerações finais**

Com a presente dissertação, buscou-se dar continuidade a um projeto pioneiro no Brasil de investigação da efetividade da terapia comportamental dialética no atendimento a pessoas com obesidade e problemas relacionados ao comportamento alimentar. Buscou-se incrementar a consistência e solidez das evidências coletadas mediante a coleta de dados de seguimento, que possibilitaram a investigação da estabilidade dos resultados obtidos, e a investigação da experiência subjetiva de participantes da intervenção, que possibilita dar visibilidade a aspectos do desfecho e processo terapêutico que não são prontamente acessíveis por meio dos questionários utilizados para análise quantitativa.

A seção teórica sintetiza achados recentes da literatura acerca da compulsão alimentar – fenômeno bastante relevante no âmbito dos problemas com peso e comportamentos alimentares – e demonstra aplicabilidade da TCD em tal condição. Trata-se de uma importante contribuição ao campo da saúde no Brasil, uma vez que possibilita que se difunda o modelo da TCD, que dispõe de ampla evidência empírica de eficácia para diversas condições clínicas, para um público mais diverso, incluindo nutricionistas, psicólogos e outros profissionais de saúde que atuam no âmbito do comportamento alimentar.

Os resultados apresentados ao longo da seção empírica dão suporte à hipótese de que a TCD é eficaz para reduzir comportamentos alimentares problemáticos, e incrementar comportamentos alimentares adaptativos. Um aspecto relevante do primeiro estudo está no fato de utilizar uma intervenção relativamente breve, com duração pouco superior a um mês, e obter resultados relativamente estáveis e comparáveis ao que se demonstra na literatura como resultado de intervenções mais longas, entre três meses e seis meses. Não obstante, verifica-se que, ainda que os benefícios da intervenção pareçam estáveis ao longo de três meses, há uma possibilidade de que não se mantenham por períodos superiores. A partir daí, pode-se sugerir que estudos futuros integrem momentos de retomada da intervenção com sessões “de reforço” após seis ou oito meses, a fim de testar se com isso se pode obter uma melhor manutenção dos efeitos conservando-se a custoefetividade do tratamento.

Além dos dados sobre manutenção dos efeitos, também foi possível gerar evidências de que os modelos explicativos da compulsão alimentar que sugerem uma estreita relação entre essa e a compulsão alimentar são provavelmente válidos também no contexto brasileiro, uma vez que na amostra investigada as associações entre essas variáveis apresentaram-se conforme esperado teoricamente. O mesmo se aplica ao papel do *mindful eating* e do comer intuitivo como possíveis fatores de proteção contra a compulsão e comer emocional, hipótese que encontra apoio na associação negativa encontrada durante o estudo quantitativo.

Quanto ao segundo estudo, de natureza qualitativa, destaca-se a importância atribuída pelas participantes entrevistadas às mudanças interpessoais percebidas após a intervenção, a qual vai ao encontro do que se discute teoricamente no modelo interpessoal da compulsão alimentar e também faz ressoarem achados da literatura acerca do papel mediador de dificuldades com a regulação emocional na relação entre estressores interpessoais e sobreingesta e comer compulsivo. Os achados referentes aos obstáculos percebidos – especificamente no que concerne à dificuldade de implementar algumas das habilidades e de se manter utilizando as mesmas - dão consistência às recomendações já mencionadas de que futuros estudos venham a testar desenhos de intervenção que se espalhem em um espaço de tempo maior, a fim de facilitar a aquisição das habilidades e generalização a diversos contextos.

É importante mencionar que os estudos realizados contam com importantes limitações que devem ser abordadas e superadas em investigações subsequentes. Primeiro, o uso exclusivo de instrumentos de autorrelato no estudo quantitativo, alguns dos quais apresentando confiabilidade duvidosa, limita a interpretabilidade dos resultados. Desse modo, sugere-se que novas pesquisas sobre essa temática trabalhem numa lógica de triangulação, utilizando outros métodos de coleta de dados como registros de comportamento, EMA, medidas fisiológicas e tarefas experimentais validadas. Além disso, dada a necessidade de analisarem-se aspectos do processo terapêutico, a fim de compreender também o porquê da intervenção, recomenda-se que novos estudos sejam propostos com um desenho que permita investigar o papel de mediadores conhecidos, tais como o uso de habilidades da TCD, regulação emocional e flexibilidade psicológica, e também integrando avaliação de aspectos do funcionamento interpessoal, cuja importância foi ressaltada pelas participantes do

estudo qualitativo. Nessa mesma direção, estudos que avaliem longitudinalmente e em maior definição temporal a evolução de variáveis relevantes, em desenhos de estudos de caso sistemáticos, podem complementar a base de evidências que vem se construindo sobre essa abordagem terapêutica.

## Anexos

### Anexo 1 – Medidas de comportamento alimentar problemático

#### *ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica*

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

---

#### Questão 1

- Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas. (1)
  - Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a). (2)
  - Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a). (3)
  - Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento. (4)
- 

#### Questão 2

- Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada. (1)
  - Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais. (2)
  - Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois. (3)
  - Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais. (4)
-

Questão 3

- Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero. (1)
  - Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas. (2)
  - Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer. (3)
  - Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle. (4)
- 

Questão 4

- Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a). (1)
  - Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida. (2)
  - Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida. (3)
  - Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito. (4)
- 

Questão 5

- Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome. (1)
- De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome. (2)
- Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida. (3)
- Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso. (4)

---

Questão 6

- Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais. (1)
- De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais. (2)
- Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais. (3)

---

Questão 7

- Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais. (1)
  - Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais. (2)
  - Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais. (3)
  - Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome". (4)
-

### Questão 8

- Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois. (1)
  - Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a). (2)
  - Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches. (3)
  - Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a). (4)
- 

### Questão 9

- Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. (1)
  - Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri. (2)
  - Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite. (3)
  - Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome". (4)
-

Questão 10

- Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega". (1)
  - De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar. (2)
  - Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer. (3)
  - Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria. (4)
- 

Questão 11

- Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a). (1)
  - Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a). (2)
  - Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição. (3)
  - Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento. (4)
-

Questão 12

- Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a). (1)
  - Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar. (2)
  - Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar. (3)
  - Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer. (4)
- 

Questão 13

- Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições. (1)
  - Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições. (2)
  - Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares. (3)
  - Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas. (4)
-

Questão 14

- Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer. (1)
  - Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer. (2)
  - Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais. (3)
  - Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer. (4)
- 

Questão 15

- Eu não penso muito sobre comida. (1)
  - Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. (2)
  - Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida. (3)
  - Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer. (4)
- 

Questão 16

- Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer. (1)
  - De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer. (2)
  - Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim (3)
-



## *EES - Escala de Comer Emocional*

Todos nós respondemos a diferentes emoções de diferentes maneiras. Alguns tipos de emoções levam as pessoas a experimentar um forte desejo de comer. Por favor, indique a intensidade da vontade que tem de comer alguma coisa quando você sente cada uma das emoções listadas abaixo:

---

### Magoadado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

### Desanimado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Inseguro (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Exausto (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Inadequado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Empolgado(a)/ Excitado(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Revoltado (a)/ indignado(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

"Pra baixo"/ melancólico(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Tenso(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Triste

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Apreensivo(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Irritado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Enciumado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Preocupado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Frustrado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Sozinho (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Furioso (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

"No limite"

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Confuso (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Nervoso (a)/ ansioso(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Irado (a)/brabo(a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Culpado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Entediado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
-

Desamparado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
  - Pouca vontade de comer (2)
  - Moderada vontade de comer (3)
  - Forte vontade de comer (4)
  - Irresistível vontade de comer (5)
- 

Chateado (a)

- Nenhuma vontade de comer (1)
- Pouca vontade de comer (2)
- Moderada vontade de comer (3)
- Forte vontade de comer (4)
- Irresistível vontade de comer (5)

Anexo 2 – Medidas de comportamento alimentar adaptativo

*IES-2 Escala de Comer Intuitivo 2*

Por favor, selecione em cada item a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos.

---

Eu tento evitar alimentos com alto teor de gordura, carboidratos ou calorias.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu me "pego" comendo quando estou me sentindo emotivo (por exemplo, ansioso, deprimido, triste), mesmo quando não estou fisicamente com fome.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Eu me permito comer quando estou com um desejo intenso por certo alimento.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Fico irritado comigo quando como algo não saudável.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu me "pego" comendo quando me sinto sozinho, mes mo quando não estou com fome.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Eu confio no meu corpo para saber QUANDO devo comer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu confio no meu corpo para saber O QUE devo comer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu confio no meu corpo para saber O QUANTO devo comer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Não me permito comer alimentos que eu considero proibidos.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções negativas.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu me "pego" comendo quando estou estressado , mesmo não estando com fome.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Sou capaz de lidar com minhas emoções negativas (como ansiedade, tristeza, etc.)sem recorrer à comida para me sentir melhor.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Quando me sinto entediado, eu como só para ter algo para fazer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Quando me sinto sozinho, eu NÃO recorro à comida para me sentir melhor.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Eu encontro outras maneiras de lidar com o estresse e a ansiedade além da comida.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu sempre me permito comer o que desejo.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu NÃO sigo dietas ou planos alimentares que determinam o que, quando e/ou quanto comer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Na maior parte das vezes, eu desejo comer alimentos nutritivos.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Na maior parte das vezes, eu como alimentos que fazem meu corpo funcionar de forma eficiente.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Na maior parte das vezes, eu como alimentos que dão energia e vigor ao meu corpo.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

Eu me baseio nos sinais de fome do meu corpo para saber QUANDO COMER.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu me baseio nos sinais de saciedade do meu corpo para saber QUANDO PARAR DE COMER.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
- 

Eu confio no meu corpo para saber quando parar de comer.

- Discordo fortemente.
  - Discordo.
  - Não discordo nem concordo.
  - Concordo.
  - Concordo fortemente.
-

## MEQ - Questionário de Comer com Atenção Plena

Por favor, leia os itens abaixo e assinale a frequência em que cada situação descrita acontece com você, de acordo com a escala de respostas abaixo de cada questão:

---

Eu como de forma tão rápida que não aprecio o sabor do que estou comendo.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Quando eu como em um buffet livre eu geralmente exagero.

- Marque esta opção se você nunca come em buffet
  - Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Em uma festa onde há muita comida saborosa eu percebo quando quero comer mais do que deveria.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Eu percebo quando propagandas de alimentos me deixam com vontade de comer.

- Marque esta opção se propagandas de alimentos nunca lhe deixam com vontade de comer
  - Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Quando peço algo em um restaurante e me entregam uma porção muito grande, eu paro de comer quando estou satisfeito.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu penso em outras coisas enquanto estou comendo.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Quando estou comendo um de meus alimentos favoritos eu não percebo quando já comi o suficiente.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu noto quando fico com vontade de comer pipoca ou doces apenas por ter entrado no cinema.

- Marque esta opção se você nunca come pipoca ou doces.
  - Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Independente do tamanho da minha fome, se não for muito mais caro, eu peço

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Eu noto a presença de sabores quase imperceptíveis nos alimentos que eu como.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Se a comida que eu gosto estiver sobrando, eu repito mesmo que esteja satisfeito.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu noto quando fico relaxado por ter feito uma refeição agradável.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Eu como "besteiras" (ex.: salgadinhos, bolachinhas, etc.) sem estar consciente de que estou comendo.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu noto quando me sinto pesado ou lento por ter feito uma grande refeição.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Mesmo quando estou comendo algo que eu realmente gosto, eu paro de comer quando estou satisfeito.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Eu aprecio a aparência da comida em meu prato.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Quando me sinto estressado no trabalho/faculdade/escola, eu procuro algo para comer.(R)

- Marque esta opção se você não trabalha ou frequenta instituições de ensino
  - Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Se ainda houver comida saborosa em uma festa, eu continuo comendo mesmo depois de estar satisfeito.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Quando estou triste, como para me sentir melhor.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu noto quando alimentos e bebidas estão doces demais.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Antes de comer, eu gosto de sentir o cheiro e prestar atenção nas cores dos alimentos.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu saboreio cada pequena parte dos alimentos que como.

- Nunca/quase nunca
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre/sempe

---

Eu percebo quando estou comendo sem ter fome.

- Marque esta opção se você nunca come quando não está com fome
- Nunca/quase nunca
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre/sempe

---

Eu noto quando estou comendo doces só porque eles estão por perto e disponíveis.

- Nunca/quase nunca
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre/sempe

---

Quando estou em um restaurante eu sou capaz de dizer se a quantidade de comida servida é muito grande para mim.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

Eu noto quando aquilo que eu como afeta meu estado emocional.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Para mim, é muito difícil ficar sem comer sorvete, biscoitos ou salgadinhos quando os tenho em casa.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
- 

Eu penso nas coisas que tenho para fazer enquanto estou comendo.

- Nunca/quase nunca
  - Algumas vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre/sempe
-

### Anexo 3 – Carta de aprovação do projeto original no CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

**Pesquisador:** Tatiana Quarti Irigaray

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 50096515.0.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.457.912

##### Apresentação do Projeto:

A Terapia Comportamental Dialética é uma abordagem de tratamento cognitivo comportamental direcionada a indivíduos com dificuldades na regulação emocional. Um dos contribuintes da obesidade pode estar relacionado ao comer motivado por emoções, sendo uma forma de regular-se emocionalmente. Desta forma, o objetivo deste estudo é traduzir e adaptar um protocolo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética e verificar os efeitos desta intervenção em obesos com desregulação emocional. O projeto tem delineamento longitudinal e quase experimental. A amostra será composta por 26 indivíduos que preencherem os critérios de obesidade medida através do índice de Massa Corporal através de auto relato, desregulação emocional, adultos e com mais de 8 anos de estudo formal. Os participantes selecionados serão divididos em grupo experimental e grupo controle que se configurará em uma lista de espera, que receberá a intervenção após o término da intervenção no grupo experimental. Os participantes serão avaliados no pré-teste e pós teste para avaliar as medidas de desfecho que envolvem desregulação emocional, comer emocional e sintomas psiquiátricos. O protocolo elaborado para esta pesquisa foi traduzido e adaptado com base no DBT Skills Training Manual - Second Edition (Linehan, 2015). Foram selecionadas apenas habilidades referentes aos processos envolvidos na regulação emocional, resultando em um protocolo

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.457.912

reduzido de 10 sessões. O protocolo traduzido e adaptado será avaliado por dois especialistas independentes quanto

ao nível de concordância. Para análise de dados serão realizadas análises descritivas incluindo média, desvio padrão e percentual. Será utilizada a correlação de Pearson ou de Spearman conforme distribuição dos dados. Na comparação das variáveis entre os grupos experimental e controle nas etapas de pré e pós-teste, será utilizado o teste T de student para amostras independentes, ou o teste U de Mann-Whitney conforme distribuição dos dados, e para as variáveis categóricas será utilizado Qui Quadrado. Na análise de efeito terapêutico intragrupo será utilizado o teste T de student para amostras pareadas ou Wilcoxon, conforme distribuição dos dados. Já foi verificada a efetividade desta intervenção em outras populações e em outros países. Este estudo pretende testar a adequabilidade desta intervenção no contexto brasileiro.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Verificar os efeitos de uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre a desregulação emocional, comer emocional e sintomas psiquiátricos (Depressão, Mania, Ansiedade) em obesos.

Objetivo Secundário:

Traduzir e adaptar um protocolo de intervenção com foco na regulação emocional baseado no grupo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para obesos com desregulação emocional. Investigar associação entre desregulação emocional, comportamento de comer emocional, expressão de sintomas psiquiátricos (Depressão, Mania, Ansiedade) e variáveis sociodemográficas em obesos. Investigar se raiva, ansiedade e depressão estão associadas com o comportamento de comer emocional. Fornecer evidências de validade da Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Não há riscos diretamente associados a participação na pesquisa. Indiretamente, pode ocorrer mobilização de conteúdo emocional pelo participante ao responder os questionários.

Benefícios:

O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo pretende incluir 56 participantes, entre eles 30 do grupo experimental e 26 do grupo

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.457.912

controle.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas adequadamente.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_601948.pdf	08/03/2016 17:07:40		Aceito
Outros	Carta_resposta_pesquisador.pdf	08/03/2016 17:05:58	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	TCUD.pdf	08/03/2016 17:01:32	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_intervencao.pdf	08/03/2016 17:01:00	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Control.pdf	08/03/2016 17:00:38	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_AUTORIZACAO_PESQUIS ADORA.pdf	11/01/2016 17:01:06	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/01/2016 16:56:34	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/10/2015 17:08:51	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Lattes.pdf	02/10/2015 11:57:18	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Documento_unificado.pdf	02/10/2015 11:52:56	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.457.912

Outros	Carta_Aprovacao_Comissao.pdf	02/10/2015 11:52:34	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Carta_de_autorizacao.pdf	02/10/2015 11:42:39	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	02/10/2015 11:38:31	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/10/2015 11:35:50	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Março de 2016

Assinado por:

**Denise Cantarelli Machado**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pu.rs.br

Página 04 de 04



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)